

**Contribution à l'étude
des incidences du traité de Rome
sur les conditions d'accès et d'exercice
des professions médicales
dans les pays signataires du traité**

TRAVAIL DU CENTRE D'ETUDE DES PROBLEMES
MEDICAUX EUROPEENS

(Directeur du Centre : Docteur Henri Mallet, Lyon)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Mai 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lise CARRE

Née le 5 Février 1935, à FÉCAMP (Seine-Maritime)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1963

**Contribution à l'étude
des incidences du traité de Rome
sur les conditions d'accès et d'exercice
des professions médicales
dans les pays signataires du traité**

TRAVAIL DU CENTRE D'ETUDE DES PROBLEMES
MEDICAUX EUROPEENS

(Directeur du Centre : Docteur Henri Mallet, Lyon)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Mai 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lise CARRE

Née le 5 Février 1935, à FÉCAMP (Seine-Maritime)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

—
1963



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.
Doyen M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Assesseurs MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET.

PROFESSEURS

Physiologie AMM.	HERMANN.	Parasitologie et pathologie exotiqueMM.	COUDERT.
Clinique urologique	CIBERT.	Clinique d'oto-rhino-laryn- gologie et d'audio-pho- nologie	MOUNIER- KUHN.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Bey- ruth).	Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.
Chimie organique et toxi- que et hygiène mentale.	DECHAUME.	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allerge- logie	THIERS.
Clinique organique et toxi- cologie	ROCHET.	Clinique de pneumo-phti- siologie	BRUN.
Clinique chirurgicale B ..	CHAMBON.	Clinique traumatologique des membres	CREYSEL.
Clinique médicale B	WERTHEIMER.	Cancérologie	DARGENT.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	PAUPERT- RAVAULT.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Clinique médicale C	FROMENT.	Pathologie générale et ex- périmentale	GIRARD Paul.
Chimie biologique et médi- cale	CROIZAT.	Anatomie	LATARJET.
Clinique chirurgicale A ..	ENSELME.	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Pharmacie galénique et matière médicale	MALLET-GUY.	Thérapeutique	GIRARD Marcel.
Clinique gynécologique ..	REVOL.	Pathologie médicale	VACHON.
Clinique obstétricale	POLLOSSON.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Médecine du Travail	PIGEAUD.	Radiologie	PAPILLON.
Clinique médicale A	BOURRET.	Clinique des maladies in- fectieuses	JEUNE.
Hygiène et action sanitaire et sociale	LEVRAT.	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	SOHIER.	Bactériologie	MONNET.
Biologie médicale et phar- macodynamie	BERNHEIM.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Botanique et cryptogamie.	JOURDAN.	Physiologie B	CHATONNET.
Clinique chirurgicale C ..	NETIEN.	Clinique endocrinologique.	GUINET.
Chimie analytique phar- macutique	BERTRAND.	Clinique de chirurgie or- thopédique	TRILLAT.
Pharmacie chimique et pharmacologie	BADINAND.	Clinique stomatologique ..	FREIDEL.
Médecine légale et déonto- logie	DREVON.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantile .	MARION
	ROCHE.	Matière médicale et légis- lation pharmaceutique .	Joseph.
		Histologie et embryologie.	DORCHE.
			X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine MM. BERGER.
Bactériologie BERTOYE.
Physiologie CIER J.-François.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André.
Chimie organique et toxicologie	PERROT.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Médecine		Anatomie	MM. BOUCHET.
Anatomie pathologique	MM. FEROLDI.	Anatomie pathologique . .	TOMMASI.
Chimie biologique et mé-		Hygiène	RIFFAT.
dicale	CREYSSEL R.	Pathologie expérimentale .	JOUVET.
Anatomie	DUROUX.	Hématologie	FAVRE-GILLY.
Thérapeutique	BRETTE.	Pharmacie	
Histologie	DUMONT.	Botanique et cryptogamie	MM. ODDOUX.
Hygiène	THIVOLET.	Chimie analytique	MALLEIN
Parasitologie	GARIN.	Chimie biologique	GRAS.
Physique	MORET.	Physique	PEYRIN.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale	MM. PONT.	Dermatologie	MM. COLOMB.
Médecine générale	VIGNON.	Médecine du travail	TOLOT F.
Médecine générale	REVOL.	Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.
Médecine générale	PLAUCHU.	Neuro-psychiatrie	SCHOTT.
Médecine générale	TRAEGER.	Obstétrique	DUMONT.
Chirurgie générale	MARION P.	Ophtalmologie	BONAMOUR.
Chirurgie générale	MICHAUD.	Urologie	DURAND.
Chirurgie générale	JAUBERT-	Médecine générale	GARDE.
	DE-BEAUJEU	Médecine générale	PERRIN.
Chirurgie générale	SAUTOT.	Médecine générale	LARBRE.
Chirurgie générale	GUILLEMIN.	Médecine générale	MORNEX.
Obstétrique	BURTHIAULT.	Médecine générale	NORMAND.
Oto-Rhino-Laryngologie . .	GIGNOUX.	Chirurgie générale	MARET.
Pédiatrie	FRANÇOIS.	Chirurgie générale	DESCOTES.
Médecine générale	DEVIC.	Electro-radiologie	CHASSARD.
Médecine générale	DESPIERRES.	Neuro-chirurgie	ALLEGRE.
Chirurgie générale	DE MOURGUES.	Ophtalmologie	HUGONNIER.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Orthopédie	FAYSSE.
Chirurgie générale	SAUBIER.	Oto-Rhino-Laryngologie . .	GAILLARD.
Médecine légale	COLIN.	Pneumo-ptisiologie	KALB.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. HERMANN ; *Assesseurs* : MM. JEUNE,
DUROUX et KALB.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553206_0034

A MON PERE, A MA MERE

Dont l'affection, le soutien et la compréhension m'ont permis d'arriver au but. Qu'ils trouvent ici un faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection car je leur dois tout.

A MA SŒUR CATHERINE

Avec mon affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MADEMOISELLE L. DUPONCHEL, ma marraine

A L. CARRE, ma jeune filleule

A SIMONE FAUCHÉ

En souvenir de nos années d'études et
au nom de notre profonde amitié.

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. CORCOS

Chef de Service de médecine de l'Hôpital E. Conseil à Tunis

A MONSIEUR LE DOCTEUR T. HADDAM

Chef de service de chirurgie de l'Hôpital E. Conseil à Tunis

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. ATTAR

Ancien interne et chirurgien des Hôpitaux de Tunis

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. MESTIRI

Mon parrain médical en Tunisie

A TOUS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DE L'HOPITAL E.-CONSEIL A TUNIS

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

DE L'HOPITAL E.-CONSEIL A TUNIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MALLET

Directeur du Centre d'Etude des Problèmes Médicaux Européens
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous lui devons la plus grande partie de ce travail car il nous a guidée dans l'étude difficile des problèmes médicaux européens, nous communiquant sa foi dans les destinées d'une Europe unie où seraient équilibrés, d'une manière raisonnable, les enseignements du passé et les exigences de l'avenir.

Les perspectives qu'il a su nous faire entrevoir tendent à édifier dans l'Europe nouvelle une société « à hauteur d'homme ». Puisse la définition que nous nous sommes efforcée d'en donner, contribuer à leur réalisation.

Nous le prions de trouver ici, avec l'expression de nos remerciements, le témoignage de notre reconnaissance.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI HERMANN

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

Correspondant de l'Institut

Commandeur de la Légion d'Honneur

Nous sommes particulièrement sensible au grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

C'est en effet la première fois qu'une étude sur les problèmes médicaux européens, tels qu'ils sont posés par le traité de Rome, est présentée à l'approbation d'un jury universitaire.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici le témoignage respectueux de notre reconnaissance.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. JEUNE

Médecin des Hôpitaux

Nous sommes heureuse de le compter parmi les membres de notre jury, et l'assurons de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P.-E. DUROUX

Nous le remercions de nous avoir guidée dans le choix de cette thèse, de nous avoir fait confiance en nous donnant ce travail et d'avoir accepté d'être l'un de nos juges. Qu'il trouve ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-C. KALB

Qu'il trouve ici l'expression de nos vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de faire partie du jury de cette thèse.

INTRODUCTION

Lorsque, le 25 mars 1957, les cloches du Capitole annoncèrent au monde la signature du Traité instituant la création de la Communauté Economique Européenne, il est probable que pas un seul médecin en Allemagne, Belgique, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, n'eut le sentiment qu'une décision internationale européenne venait d'être prise dont les répercussions allaient s'avérer lourdes de conséquences sur tout ce qui touche aux conditions d'accès et d'exercice de sa profession.

Le Traité de Rome fut tout d'abord synonyme de Marché Commun, c'est-à-dire d'une vaste union douanière étalée dans le temps et susceptible d'aboutir à un Marché unique par l'assouplissement progressif des barrages frontaliers. C'était en somme une affaire économique, commerciale, et le terme même de Communauté Economique Européenne autorisait cette interprétation. D'ailleurs, un Président du Conseil des Ministres de l'un des Pays signataires, recevant une délégation de Professions Libérales inquiétées par certains articles du Traité, répondit que « les catégories de travailleurs intellectuels n'étaient pas de celles dont la situation se trouve affectée par l'ouverture d'un Marché Commun ». Si l'on parcourt les différents articles du Traité, on constate en effet qu'il y est successivement question de droit de douane, de politique commerciale commune, des transports, de l'agriculture, de rapprochement des législations, d'une Banque européenne d'investissements, d'un Fonds social, etc... Il faut convenir qu'à première vue, ces matières sont très éloignées de l'art médical. Mais si le Traité poursuit, certes, un objectif essentiellement économique, il précise dans son article II le sens qu'il entend donner à sa mission : « promouvoir un développement harmonieux des activités économiques dans l'ensemble de la Communauté, une expansion continue et équilibrée, un relèvement accéléré du niveau de vie... ». C'est ici qu'intervient la santé des tra-

vailleurs, car l'activité économique est exercée par des hommes dont la productivité est d'autant meilleure que leur état sanitaire est bon. Dans le cadre de l'élévation du niveau de vie, le coût de la santé prend une importance d'autant plus grande que les facteurs de l'alimentation, du vêtement ou de l'habitat trouvent déjà leur solution.

Il n'y aurait donc rien de révolutionnaire dans ce traité, en dehors de la recherche d'un objectif fort honorable, s'il n'était pas signé par de très vieux pays lourds de traditions séculaires, avec des législations et des coutumes fort différentes, habitués à coopérer, mais souvent aussi à s'opposer. Or, par des nuances qui font honneur à ceux qui l'ont rédigé, le Traité de Rome dépasse largement la création d'une simple union douanière pour envisager, au niveau continental, celui de l'Europe, la création d'une société nouvelle, avec la liberté d'établissement de tous les professionnels, la mise en commun de toutes les possibilités de recherche scientifique et de progrès dans tous les domaines, bref, « la libre circulation des personnes et des biens ». Nous sommes là au cœur du problème posé, car si le but est souhaitable, s'il est bon que tous les habitants de l'Europe cessent d'apprendre les raisons de se haïr pour entrer dans le jeu passionnant de l'interdépendance des sociétés humaines, si la définition des moyens donne satisfaction aux juristes, il faut bien reconnaître qu'un vide inquiétant demeure : l'absence de structures capables de donner sa forme à cette société qui cherche à s'édifier. D'une part, un Traité qui veut instaurer la libre circulation des personnes et des biens, d'autre part, le maintien d'Etats nationaux souverains, soucieux de préserver leurs prérogatives. Devant cette dualité le législateur a été fort prudent. Il nous parle d'harmonisation, de coordination, et les exégètes du texte nous disent qu'harmoniser, coordonner, ne signifie pas rendre identique.

Or le texte du Traité est formel. Lorsque nous serons en janvier 1968, les membres des professions libérales, donc les médecins, auront le droit de s'installer librement dans l'un des Pays signataires, les conditions d'exercice de leur profession ayant été préalablement coordonnées.

Il convient donc d'étudier aussi clairement que possible quelles sont les incidences du Traité de Rome sur les conditions

d'accès et sur les conditions d'exercice de la profession médicale dans les Pays membres de la Communauté Economique Européenne, quelles sont les conditions actuelles pour l'accès et pour l'exercice de cette profession dans ces différents pays, notamment en fonction des divers régimes de Sécurité Sociale, comment envisager une coordination de l'ensemble pour permettre, sans heurts, la liberté d'établissement, d'esquisser, à la lumière de ces différents facteurs, une perspective valable pour les médecins de l'Europe, citoyens à part entière d'une société qui se veut adaptée aux impératifs de son époque.

Depuis que les objectifs du Traité de Rome sont connus sous tous leurs aspects, les différentes catégories de professionnels se sont efforcés de rechercher l'audience de la nouvelle autorité supranationale de Bruxelles qui préfigure dans la vie économique et sociale l'autorité européenne de demain. C'est ainsi qu'en 1959, à Amsterdam, a été créé le COMITÉ PERMANENT DES MÉDECINS auprès de la Communauté Economique Européenne (C.E.E.), lequel comprend, pour chaque Pays, une délégation des organismes représentatifs de la profession. Ce Comité a au moins deux mérites fort importants : d'une part, il a placé les médecins au contact direct de la Commission du Marché Commun, ce qui, à défaut d'un pouvoir délibératif, réserve au moins une certaine qualité consultative aux représentants de la profession, d'autre part, il a contribué à définir les incidences du Traité de Rome sur le fonctionnement de la profession et à tracer certaines lignes directrices fort intéressantes pour la réalisation du droit d'établissement des médecins sur le territoire de la Communauté Economique Européenne. Cependant, les membres du Comité Permanent en arrivent, par le jeu de leur spécialisation juridique et l'ambiance communautaire dans laquelle ils travaillent, à se couper de ceux qu'ils représentent et à suggérer parfois des propositions qui leur sont en somme personnelles. Certes l'organisation de l'affaire n'est pas facile et nous devons remercier les promoteurs du Comité Permanent d'avoir dès 1959 compris que les médecins devaient être présents à Bruxelles. Il faudra très certainement apporter à cette représentation quelques retouches, ou quelques perfectionnements, car il est bien évident que les choses étant ce qu'elles sont, les médecins de la base ne peuvent se sentir engagés par des décisions prises à l'échelon européen

sur des problèmes dont ils ignorent jusqu'aux données élémentaires.

C'est dans cette optique qu'a été créé à Lyon, en 1962, le CENTRE D'ETUDE DES PROBLÈMES MÉDICAUX EUROPÉENS, placé sous l'autorité d'un Conseil de Direction qui comprend Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine, Messieurs les Présidents des Organismes professionnels (Ordre, Syndicats, Etudiants), et Monsieur le Directeur Départemental de la Santé. La formule Centre d'Etude est, à l'inverse de la formule Comité Permanent, d'une conception locale, régionale. Le but essentiel du Centre d'Etude est d'agir directement au contact des médecins de la base pour les informer d'abord, leur permettre ensuite de faire connaître leur avis, puis, par une articulation qu'il faudra préciser avec les organismes du sommet, transmettre le compte rendu des positions prises ou le résultat des enquêtes organisées sur des thèmes précis. C'est par un mécanisme pyramidal de la sorte qu'il sera possible d'assurer une représentation effective et démocratique de tous les médecins auprès de l'autorité européenne du Marché Commun.

Ce travail est une tentative de synthèse, inspirée par la Direction du Centre d'Etude des Problèmes Médicaux Européens, des principaux problèmes posés par la construction de l'Europe, dans le domaine des professions médicales. Il ne représente qu'une contribution à la définition de ces problèmes et si, au hasard des pages, il se trouve quelques appréciations paraissant indiquer des solutions, il convient de les considérer comme des propositions susceptibles de provoquer des discussions et des travaux plus spécialisés. C'est en effet par des études en profondeur de chacun des problèmes ainsi définis, et de préférence par une méthode identique dans tous les Pays membres de la Communauté Economique Européenne, que les médecins pourront apporter, dans leur domaine particulier mais essentiel, une contribution déterminante à l'édification de la nouvelle société européenne.

CHAPITRE PREMIER

LES INCIDENCES DU TRAITE DE ROME SUR LES CONDITIONS D'ACCES ET D'EXERCICE DES PROFESSIONS MEDICALES — LE DROIT D'ETABLISSEMENT

L'un des principes fondamentaux du Traité est d'instituer, à l'intérieur de la Communauté, la libre circulation des personnes et des services. Ce principe s'applique en particulier aux activités non salariées, à l'ensemble des professions libérales et aux professions médicales. Cette libre circulation implique, sous certaines conditions que nous allons définir, le libre exercice de la profession, en l'occurrence celle du médecin, dans tous les pays signataires du Traité.

Comment le Traité a-t-il prévu le libre exercice de la profession de médecin au sein de la Communauté, lequel doit être possible, selon le calendrier formellement établi, avant la fin de l'année 1967 ? C'est tout le problème du DROIT D'ETABLISSEMENT, Chapitre 2 du Traité, qui prévoit deux dispositions essentielles :

- la suppression des restrictions ;
- la coordination des conditions d'exercice.

I. — La suppression des restrictions

La restriction, au sens du Traité, est une « disposition qu'un Etat membre impose aux étrangers désireux de s'installer sur son territoire national. Elle peut être, par exemple, une autorisation spéciale, une garantie, une interdiction ou une limitation d'activité ».

Nous étudierons plus loin le mécanisme des diverses législations nationales, mais nous pouvons ici indiquer, sommairement, l'essentiel des conditions exigées pour l'installation.

— BELGIQUE : conditions spéciales de capacité scientifique (diplôme national).

— FRANCE : nationalité, sauf accord de réciprocité.

— LUXEMBOURG : nationalité. Exercice temporaire possible en raison de la faible étendue géographique du Pays.

— ITALIE : nationalité, sauf accord bilatéral.

— PAYS-BAS : autorisation spéciale. (Diplôme national).

— RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE : nationalité, sauf autorisation dérogatoire individuelle ou accord bilatéral.

Ce tableau montre combien il sera difficile de supprimer les restrictions actuelles qui limitent considérablement les possibilités de prestation de service pour un médecin étranger. Il n'existe de traité de réciprocité qu'entre l'Italie d'une part, l'Allemagne et la Belgique d'autre part. Des autorisations ministérielles révocables sont prévues en Belgique, en Hollande et en Allemagne, mais il n'y a guère que dans ce dernier pays qu'elles sont accordées. Quant aux accords frontaliers, qui existent deux à deux entre les six pays, ils n'ont qu'une portée très limitée, le Traité du Bénélux, par exemple, n'ayant pas encore été appliqué aux professions médicales, et le récent Traité entre la France et l'Allemagne n'ayant pas encore été ratifié. Enfin il faut observer que l'obligation morale et juridique de porter service à une personne en péril conduit à devancer la libération de la prestation de service, et cela sans aucune discussion de principe.

Devant une telle situation, le Traité de Rome a indiqué la conduite à tenir dans ses articles 52 et 53.

Article 52 : « ...les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un Etat membre dans le territoire d'un autre Etat membre sont progressivement supprimées au cours de la période de transition... La liberté d'établissement comporte l'accès aux activités non salariées et leur exercice..., dans les conditions définies par la législation du pays d'établissement pour ses propres ressortissants... ».

Cet article indique formellement que la suppression des restrictions ne porte pas atteinte aux législations nationales. Ces dernières devront être coordonnées ultérieurement, mais la crainte de voir la mise en route du Marché Commun détruire les normes professionnelles d'un Etat membre n'est pas fondée.

Article 53 : « *Les Etats membres n'introduisent pas de nouvelles restrictions à l'établissement sur leur territoire des ressortissants des autres Etats membres, sous réserve des dispositions prévues au présent Traité* ».

Le même article est valable pour les services (exercice de la profession à titre temporaire) et devient alors l'article 62 ; mais il convient de remarquer ici que l'exercice à titre temporaire des professions libérales, prévu par l'article 60, § 3 du Traité, ne s'applique pas aux professions médicales, puisque l'article 66 précise que les articles 55 à 58 sont applicables dans le domaine de la prestation de service. Or l'article 57, que nous étudierons plus loin, précise dans son § 3 que, en ce qui concerne les professions médicales, la coordination des conditions d'exercice doit précéder la libération progressive des restrictions. Le problème de l'exercice temporaire, et à plus forte raison de l'installation temporaire, ne se pose pas dans le domaine médical avant l'échéance de décembre 1967.

Que signifie l'article 53 ? Il traduit le souci du législateur de ne pas permettre une complication possible du problème de la levée des restrictions tel qu'il se présentait au moment de la signature du Traité. C'est ce que la Commission du Marché Commun appelle la CRISTALLISATION des droits, usages et tolérances administratives, ou le « standstill », en ce qui concerne la possibilité pour un médecin d'un pays membre de fournir des prestations de service dans un autre pays membre, et d'une manière plus générale, c'est l'interdiction de créer des restrictions nouvelles.

En résumé, la levée des restrictions consiste, dans le cadre des Pays signataires du Traité de Rome, à supprimer les dispositions légales qui interdisent dans un pays donné les activités de la profession aux ressortissants des cinq autres pays, ou qui imposent à ceux-ci des conditions plus lourdes que celles imposées aux ressortissants du sixième pays.

II. — La coordination des conditions d'exercice

Lorsque les restrictions seront levées, tous les médecins des six pays membres de la Communauté Economique Européenne se trouveront sur un pied d'égalité face aux diverses réglementations professionnelles nationales, lesquelles devront être respectées (article 52). Autrement dit, la mosaïque européenne d'Etats souverains ayant leur propre législation sera maintenue, mais à l'intérieur de cette mosaïque les hommes pourront circuler librement, et les médecins, par exemple, auront partout les mêmes droits d'accès, à condition qu'ils respectent les devoirs exigés par les législations particulières. Il n'est évidemment pas facile d'organiser cette société à deux étages. L'absence de structures européennes vraies, ou, si l'on préfère, le maintien des structures nationales, complique beaucoup la réalisation du Traité de Rome, qui tend à créer une société nouvelle. Alors tout se fait en nuances.

Pour que tous les médecins de l'Europe communautaire puissent, en janvier 1968, se trouver devant une situation d'égalité en ce qui concerne les conditions d'accès et d'exercice de leur profession, nous avons vu que les restrictions devaient être levées. Mais cela ne résout pas le problème du droit d'établissement. Or, puisqu'il y aura libre circulation des personnes, les médecins qui auront décidé de choisir un pays différent de leur pays d'origine pour exercer leur art devront, non seulement se conformer à la législation de ce pays, mais se voir accorder le droit de s'y établir.

C'est ici que nous retrouvons les nuances du Traité. Avant de rendre possible le droit d'établissement, donc chacun restant chez soi, « il convient d'écarter, par une coordination, les divergences importantes existant dans les réglementations nationales, et de nature à faire obstacle à l'égalité de situation devant l'accès et l'exercice de la profession... Cela ne peut avoir en aucun cas pour conséquence de créer le désordre au sein de la profession. Au contraire, l'esprit même du Traité de Rome demande qu'à la faveur de cette coordination, on procède à une promotion réelle de la profession au sein de la Communauté, dans l'intérêt de cette Communauté et des professionnels, et

surtout des bénéficiaires des services de la profession, c'est-à-dire les malades eux-mêmes... C'est un nouveau champ d'action qui s'ouvre à tous les médecins, qu'ils se déplacent au sein de la Communauté ou qu'ils restent établis dans leur pays d'origine ». (J.-P. de Crayencour).

Après ce préambule, voyons comment se présente l'aspect juridique du problème. La notion de droit d'établissement est dominée par l'article 57 du Traité.

ARTICLE 57 :

« 1. Afin de faciliter l'accès aux activités non salariées et leur exercice, le Conseil, sur proposition de la Commission et après consultation de l'Assemblée, arrête, en statuant à l'unanimité au cours de la première étape et à la majorité qualifiée par la suite, des directives visant à la RECONNAISSANCE MUTUELLE DES DIPLOMES, certificats et autres titres.

2. Aux mêmes fins, le Conseil, statuant sur proposition de la Commission et après consultation de l'Assemblée, arrête, AVANT L'EXPIRATION DE LA PÉRIODE DE TRANSITION, les directives visant à LA COORDINATION des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres concernant l'accès aux activités non salariées et l'exercice de celles-ci. L'unanimité est nécessaire pour les matières qui, dans un Etat membre au moins, relèvent de dispositions législatives et pour les mesures qui touchent à la protection de l'épargne, notamment à la distribution du crédit et à la profession bancaire, et aux conditions d'exercice, dans les différents Etats membres, des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques. Dans les autres cas, le Conseil statue à l'unanimité au cours de la première étape et à la majorité qualifiée par la suite.

3. En ce qui concerne les professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques, la LIBÉRATION PROGRESSIVE DES RESTRICTIONS SERA SUBORDONNÉE A LA COORDINATION DE LEURS CONDITIONS D'EXERCICE dans les différents Etats membres ».

Des controverses juridiques se sont élevées en ce qui concerne l'interprétation de ces trois paragraphes, notamment pour le choix de l'unanimité ou de la majorité selon qu'il s'agit des

conditions d'exercice ou des conditions d'accès. Nous n'entrerons pas dans ces subtilités trop techniques, mais nous devons indiquer que l'accord se fera probablement pour admettre que la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres, se fera à la majorité lorsqu'il s'agira du titre académique universitaire sanctionnant la fin des études dans une discipline déterminée, et que les conditions d'accès à la profession, qui comportent d'autres exigences (stages hospitaliers, épreuves pratiques, etc...), devront faire l'objet de directives prises à l'unanimité.

Deux problèmes essentiels sont ainsi posés par la notion de droit d'établissement :

- l'équivalence de diplômes ;
- l'organisation de la profession à l'échelon européen.

A. — Equivalence des diplômes

Depuis longtemps des organisations internationales étudient les possibilités de rendre les diplômes équivalents. Ce qui est propre au Traité de Rome c'est de fixer à cet objectif une perspective essentiellement professionnelle : faciliter l'accès et l'exercice des activités de la profession, et de lui imposer des délais très précis. Remarquons ici que si la libération des activités médicales est prévue pour « avant l'expiration de l'année 1967 », il n'est pas indiqué à l'article 57 que la reconnaissance mutuelle des diplômes doit être réalisée préalablement à cette libération. Ce qui est préalable pour les professions médicales, c'est la coordination des conditions d'exercice de la profession, et la possession d'un diplôme est davantage une condition d'accès. On peut cependant considérer que la reconnaissance mutuelle des diplômes, pour la profession de médecin, sera réalisée avant la libération.

NOTION DE « FORMATION GLOBALE ».

Il n'est pas possible d'entrer ici dans le détail des discussions qui se déroulent sur les trois problèmes essentiels : l'équivalence de la formation scientifique de base, l'équivalence de la for-

mation pratique, l'équivalence des spécialisations. Dans l'esprit du Traité de Rome, l'équivalence des diplômes est recherchée dans une perspective professionnelle et non académique. Du point de vue académique il y a des divergences notables : les études, les stages hospitaliers et de perfectionnement ne sont pas les mêmes. Il se peut que suivant les pays, l'accent soit mis à telle période des études sur tel ou tel aspect de cette formation globale ; le résultat seul compte et doit faire l'objet non pas tant de la reconnaissance mutuelle prévue pour les titres académiques, mais d'un *constat d'équivalence*, ou de directives en vue d'une coordination. Il semble que l'on s'oriente vers la reconnaissance mutuelle des formations scientifiques de base au sein des six Etats membres, les autres problèmes étant beaucoup plus complexes. En somme il s'agit de rechercher les conditions permettant de décider par exemple que le diplôme d'un médecin allemand désireux de s'installer en France est équivalent, par la formation professionnelle globale qu'il représente, au diplôme des médecins français. Il est probable que les Etats membres exigeront pour certaines équivalences des examens complémentaires, tels que connaissance de la langue nationale, de la législation sociale, etc... Il est possible également que des stages dans des centres hospitalo-universitaires soient envisagés, avec ou sans examens de fin de stage.

Toutes ces considérations ne doivent pas nous écarter du principe fondamental indiqué par le Traité de Rome : c'est à une équivalence des efforts globaux qu'il faut tendre, parce que c'est la mise sur pied d'égalité des candidats à la profession qu'il faut réaliser. Empruntons à M. de Crayencour, haut fonctionnaire attaché à la Direction du droit d'établissement, ces considérations sur le sujet : « ...il s'agit d'une matière en perpétuelle évolution. A quoi servirait en effet de rendre équivalents des diplômes qui demain seraient mis en question par les réformes pendant actuellement devant certains parlements ? A quoi bon par ailleurs réaliser des équivalences de diplômes si demain le point essentiel de la formation des médecins est moins le diplôme qu'il acquiert en entrant dans la profession que son effort de perfectionnement professionnel ? Et pour aller plus avant encore dans la difficulté, que signifierait une équivalence de diplômes si elle devait recouvrir, à partir de

programmes apparemment équivalents, des exigences réelles foncièrement différentes ? Comment par ailleurs procéder à une équivalence des programmes dont l'étude se poursuivrait dans des délais notoirement différents ? ». C'est au fond tout le problème de l'enseignement, qu'il s'agisse de celui prodigué à l'étudiant avant l'obtention de son diplôme, qu'il s'agisse de l'enseignement post-universitaire et de ce qu'il est convenu d'appeler la formation permanente.

LE PROBLÈME DE L'ENSEIGNEMENT.

Puisque le Traité de Rome veut édifier une société dans laquelle les médecins seront à égalité devant les exigences de l'accès et de l'exercice dans leur domaine professionnel, il faudra bien un jour « coordonner », ou « harmoniser », ou « synchroniser », selon les termes à la mode dans ce labyrinthe tout en nuances, le problème de l'enseignement. Cela sera possible peu à peu, avec des générations nouvelles formées au nouveau régime de la coordination préalable que nous allons connaître en 1968 et, peut-être, la tâche leur sera-t-elle facilitée par la création progressive de véritables structures européennes dont l'absence pèse si lourdement sur les tentatives actuelles.

Aborder ici le problème de l'enseignement nous entraînerait trop loin, car son importance est considérable. Selon la méthode indiquée dans notre introduction, le Docteur Q. Lunetta (Italie) a tenté d'organiser sur les problèmes de l'enseignement et pour chacun d'eux sur des thèmes très précis, une enquête dans tous les Pays de la C.E.E.

Mais, comme nous l'avons vu, on s'efforce, dans le souci de faciliter la libération de la profession, de ne pas aborder le fond du problème des études médicales, que ce soit avant l'obtention des diplômes, au niveau des stages pratiques de tous ordres, ou dans les perspectives de l'enseignement post-universitaire.

Le professeur Sewering, membre allemand du Comité Permanent des Médecins, a souligné dans son rapport sur l'enseignement de la médecine au Congrès des Médecins du Marché Commun à Rome, en 1962, qu'une « confrontation analytique des différentes conditions de l'enseignement de la médecine et son étude approfondie, tout en étant d'un intérêt et d'une utilité indiscutables, aurait empêché ou retardé considérable-

ment la réalisation pratique des objectifs directs et réels du Marché Commun ». Et le Docteur Lunetta observe que « ce point de vue constitue une reconnaissance implicite de la complexité du problème de l'enseignement et de la difficulté de le résoudre sur un plan supranational, difficulté inhérente à sa matière, au caractère traditionnel et qualitatif des études dans les différents Pays ».

Au cours de sa session des 22-24 janvier 1960, le Comité Permanent avait adopté la motion suivante :

« Les conditions d'apprentissage à la fin des études universitaires étant, dans l'ensemble, comparables dans les six Pays, il ne semble pas qu'il soit nécessaire, dans l'immédiat, de modifier les dispositions existantes en ce qui concerne le droit d'établissement en vue de l'exercice de la profession ».

Cette motion a fait l'objet d'interprétations différentes. On en a déduit que le Comité Permanent avait exprimé l'avis que la formation de base, dans ses aspects théoriques et pratiques, était approximativement équivalente dans les six Pays. Ce point de vue était d'ailleurs, au sein du Comité Permanent, celui des délégations nationales allemande, italienne et hollandaise, mais n'était pas celui de la délégation française, qui ne reconnaissait l'équivalence qu'aux « conditions d'apprentissage de la profession à compter du diplôme universitaire, mais qu'elle ne s'appliquait ni aux études permettant d'obtenir le diplôme, ni à l'apprentissage des spécialisations ».

Cela montre, une fois de plus, combien il est difficile d'arriver à un accord clair en matière internationale. Dans le souci de faciliter la libération des professions, la reconnaissance mutuelle des diplômes sera très probablement reconnue avant la libération, seule étant considérée ce que l'on appelle la « formation globale ».

LE BUREAU DES EQUIVALENCES DU C.E.P.M.E.

Il nous paraît souhaitable d'indiquer ici un projet du Centre d'Etude des Problèmes Médicaux Européens visant à la création d'un BUREAU DES EQUIVALENCES.

Selon les termes des Statuts du Centre d'Etude, ce Bureau est ainsi défini :

« Dans le cadre du Droit d'Etablissement il est créé un Bureau des Equivalences.

Ce Bureau apportera sa contribution à l'étude de la reconnaissance mutuelle des diplômes dans les Pays de la Communauté Economique Européenne, et dans les Pays désireux d'entrer dans cette Communauté.

Il étudiera les problèmes posés à ce sujet par la formation scientifique de base, la formation pratique et la spécialisation.

L'objet essentiel du Bureau des Equivalences consistera :

— à déterminer dans chaque Faculté de Médecine en Europe, le mécanisme des formations sus-mentionnées ;

— à préciser dans chacune de ces Facultés et dans chaque spécialité, quels sont les services susceptibles de recevoir des étudiants et des diplômés, venus des Pays signataires du Traité de Rome ;

— à pouvoir orienter vers ces différents services, de préférence tel ou tel étudiant ou diplômé, selon ses capacités et ses aspirations.

Cela implique, de la part du Bureau, la tenue d'un inventaire établi et mis à jour par des rapports constants avec toutes les Facultés intéressées par le Traité de Rome.

Il en résultera la création d'une authentique union de toutes les Facultés Européennes de Médecine, non par une localisation géographique, mais par la mise en commun des services de toutes les Facultés.

Dans cette perspective et selon la réalisation des objectifs du Traité de Rome, il sera possible d'envisager l'intégration des diplômés, quelle que soit la Faculté d'origine, dans la hiérarchie des services de toutes les Facultés Européennes.

Ultérieurement, par le jeu d'une promotion établie directement au niveau européen, les diplômés auront la possibilité d'accéder, à ce niveau, aux grades supérieurs.

Le Bureau des Equivalences est dirigé, au moment de sa création, par les Doyens des Facultés de Médecine et les Directeurs des Ecoles de Médecine de la Région sur laquelle s'étend l'activité du Centre d'Etude des Problèmes Médicaux Européens, qu'ils soient en exercice ou qu'ils soient honoraires.

Au fur et à mesure de l'extension régionale du processus ainsi déterminé, la création d'un Bureau Européen des Equivalences sera décidée par une Assemblée de tous les Doyens et des Directeurs d'Ecole, membres des Conseils des différents bureaux ».

LA QUALIFICATION DES SPÉCIALISTES.

Avant de clore ce paragraphe sur l'équivalence des diplômes, abordons sommairement le problème de la qualification des spécialistes.

Il est probable que parmi les membres de la profession médicale, les spécialistes seront les premiers à user des droits de la libre circulation des services dans la Communauté Européenne. Il faut remarquer tout d'abord que les titres constituant une condition d'accès à l'exercice de la spécialité devront faire l'objet d'une coordination préalable par des directives prises à l'unanimité, alors que la reconnaissance mutuelle des qualifications (fondée sur la pratique) ou des certificats de spécialités (titres universitaires) pourra avoir lieu à la majorité qualifiée.

Un tableau des spécialités reconnues dans les divers pays, ainsi que les conditions et durée des stages exigés pour obtenir la qualification, a été établi par l'Union européenne des médecins spécialistes. Devant la disparité des procédures de qualification qui peuvent se ramener à trois : professionnelle, administrative et universitaire, il a été dressé la liste des spécialités communes aux six pays membres de la Communauté et le Comité Permanent des médecins a émis l'avis « que les titres et qualifications soient mutuellement reconnus pour les spécialités communes aux six pays, lorsqu'ils auront été acquis conformément à la procédure du pays d'origine, après coordination des délais et nature des stages exigés ». Il faut ici souligner que la médecine interne est reconnue comme spécialité dans tous les pays sauf la France, et il est possible que dans le cadre de la coordination européenne, la France soit amenée à la reconnaître.

B. — L'organisation de la profession à l'échelon européen

Après avoir envisagé l'essentiel des problèmes posés par la levée des restrictions et l'équivalence des diplômes, nous devons aborder celui de l'organisation de la profession à l'échelon européen. Précisons cependant que nous resterons strictement dans l'esprit du Traité : *la mise sur pied d'égalité des ressortissants des six Etats membres devant les conditions d'accès et d'exercice de la profession, dans le respect des législations nationales non discriminatoires*. Il n'est donc pas question de bousculer les réglementations professionnelles, mais seulement d'accepter qu'elles s'appliquent indistinctement à tous les ressortissants de la Communauté.

RECHERCHE DES PRINCIPES COMMUNS DANS LES DÉONTOLOGIES NATIONALES.

Selon les conceptions des uns ou des autres, selon les normes en vigueur dans tel ou tel pays, selon les aspirations de tel ou tel novateur, des perspectives foncièrement différentes peuvent être envisagées dans l'organisation de la profession de médecin à l'échelon de la Communauté Européenne. C'est la raison pour laquelle nous nous efforcerons d'indiquer dans ce paragraphe comment définir une sorte de *plus petit dénominateur commun* valable pour les six pays de la Communauté, laissant aux libres discussions des juristes et des professionnels le soin d'élaborer ensuite, et progressivement selon la réalisation des objectifs du Traité de Rome, des perspectives également acceptables par tous les Etats membres. Dans le Chapitre III, nous indiquerons quelques éléments d'ordre pratique, tels qu'ils se peuvent discerner lorsqu'on se penche sur l'élaboration concrète d'un tel programme. Nous ne serons plus alors rigoureusement dans le cadre des impératifs du Traité, mais dans une *prospective* certes née du Traité, mais orientée vers la recherche des moyens situés en quelque sorte dans son prolongement.

Si l'on veut rechercher le plus petit dénominateur commun, il faut faire abstraction de tout le contexte politico-social qui peu à peu se superpose aux normes traditionnelles de la pratique médicale en Europe, contexte variable d'un pays à l'autre, et qu'il s'agira lui aussi d'harmoniser, puisque le but, ne l'ou-

blions pas, est de créer une société nouvelle dans l'aire géographique des pays signataires du Traité de Rome et de ceux qui ultérieurement pourront en faire partie.

Quel que soit le pays dans lequel ils exercent leur art, les médecins obéissent à des Lois, soit coutumières comme en Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, soit écrites comme en Allemagne, Italie, France. L'ensemble de ces Lois représente la Déontologie. C'est dans les diverses Déontologies qu'il convient de rechercher les éléments communs à partir desquels il sera possible d'édifier une Loi commune ou Déontologie Européenne.

Remarquons que dans tous les pays il existe des organismes professionnels dont le but est de faire respecter la loi déontologique. Ce sont les Ordres ou les Collèges médicaux, avec affiliation obligatoire ou non.

— La Belgique, la France, l'Italie et la République Fédérale d'Allemagne ont un Ordre des Médecins avec inscription obligatoire.

— Le Luxembourg et les Pays-Bas ont des Collèges médicaux ne comportant pas l'inscription obligatoire.

Mais cette question de l'inscription obligatoire à un organisme n'a d'intérêt que dans la mesure où cette inscription est la garantie du respect d'une déontologie. « Le problème de coordination en cette matière ne consiste pas à obtenir dans les six pays une organisation en tous points comparable, mais seulement l'existence d'un organisme susceptible d'assurer efficacement le respect par tous les professionnels d'une déontologie elle-même rendue équivalente dans ses éléments fondamentaux ». (J.-P. de Crayencour). Au niveau de la Communauté Européenne, l'organisation de la profession médicale paraît donc exiger la constitution d'un tel organisme communautaire et la définition du rôle respectif qu'auraient à y jouer les Ordres, les Collèges médicaux et les libres associations à caractère syndical.

Quels sont les éléments susceptibles d'être codifiés par un tel organisme ? Nous devons ici faire une différence entre l'exercice individuel de la profession et l'aspect proprement communautaire de la déontologie.

L'essentiel dans l'exercice de l'art médical ne se codifie pas. C'est le « colloque singulier où une confiance rejoint une conscience ». Nous sommes ici dans un domaine profondément humain qui échappe à toute réglementation et qu'aucune réglementation ne saurait déterminer avec toutes ses nuances infinies. « Il est bon de le rappeler et d'indiquer que le meilleur texte ne fera jamais qu'approcher une réalité humaine trop riche pour être contenue dans des formules juridiques et qu'au surplus aucune organisation professionnelle, aucun Etat ou super-Etat ne saurait résorber en son pouvoir, ce qui le passe infiniment » (J.P. de Crayencour). Mais en dehors des règles de morale individuelle qui dictent le comportement du médecin vis-à-vis de son malade, il faut tenir compte des règles de morale qui déterminent le comportement du médecin dans la vie sociale. Là encore il faut envisager l'aspect individuel et l'aspect communautaire. Il y a peu de chose à dire de l'aspect individuel de la déontologie ; dans nos pays occidentaux il est à peu près semblable, avec des nuances qui touchent au fond de la psychologie de chaque peuple, mais qui se rejoignent dans une éthique comparable. D'ailleurs répétons-le : la construction de l'Europe ne vise pas à uniformiser brutalement les conditions générales de la vie à l'intérieur des frontières de la Communauté, mais à promouvoir l'édification progressive au sein de cette communauté d'une société nouvelle, par la mise en commun de ce que chacun de ses pays membres aura réalisé de meilleur.

DÉFINITION D'UNE DÉONTOLOGIE COMMUNAUTAIRE.

L'aspect communautaire de la déontologie affecte plus directement l'organisation de la profession à l'échelle de l'Europe. Pour qu'une coordination soit possible, il faut, et c'est notre préoccupation dans ce paragraphe, déterminer les éléments communs des principales conditions d'exercice. Il semble que les problèmes en cause sont les suivants :

- le secret professionnel ;
- la liberté du choix, pour le malade, de son médecin ;
- la liberté, pour le médecin, de sa prescription ;
- le problème des honoraires dans la mesure où ils sont remboursés par une caisse d'assurances.

Mais nous devons tenir compte du fait que l'organisation de la profession médicale est mise en cause dans chaque pays, actuellement, par l'évolution, sinon la révolution, que traversent nos sociétés. Comme l'exprime M. de Crayencour, « la coordination exigée par le Traité de Rome semble une occasion unique de tenter de faire le point dans cette matière, en marquant quelques jalons pour une conception renouvelée de la profession médicale ». Il paraît, de ce fait, souhaitable d'ajouter deux éléments à la liste des préoccupations communes :

- le contrôle des actes médicaux ;
- la représentation de la profession là où se discutent ses conditions d'exercice.

Or ces différents problèmes, qui représentent en somme l'élément commun des préoccupations de l'exercice professionnel, sont actuellement sujet à discussion dans plusieurs des Etats-membres. Alors comment procéder ? Envisager pour chacun des six problèmes définis ci-dessus une coordination particulière, mais alors quelle voie choisir ? Dégager à partir des statuts actuels des différents Etats-membres un statut-type qui s'en rapproche le plus, puis aligner les différents statuts sur ce modèle ? Or, comme nous le verrons plus loin, il existe de telles disparités entre les différents systèmes médico-sociaux européens, que ce procédé paraît dénué de toute valeur. L'idéal serait — puisque, n'hésitons pas à le rappeler bien souvent, le but du Traité de Rome est d'organiser un ensemble continental nouveau — de créer de toutes pièces un système médico-social adapté aux impératifs de tous ordres de la nouvelle société européenne. Mais nous nous heurtons ici au problème fondamental déjà évoqué : l'absence de structures véritablement européennes et le maintien des entités nationales, ne permettent pas cette création en profondeur. Si dans une certaine mesure le Traité de Rome est un acte révolutionnaire, il n'offre pas à ses réalisateurs un terrain vierge pour édifier quelque vaste Brasília européen, point de départ d'une construction sociale complète et neuve. Alors il faut bien s'équilibrer sur les données du réel, ne pas chercher à créer des réglementations nouvelles, mais dégager tout ce qui peut faciliter le développement de la profession médicale au sein de la Communauté.

Reprenons les termes de l'article 57. Dans les § 1 et 2

on précise que la coordination doit être recherchée « en vue de faciliter l'accès et l'exercice ». Cet objectif n'est pas repris à l'alinéa 3 et on peut se demander si les rédacteurs du Traité, en supprimant cette précision, n'ont pas entendu donner à la coordination des conditions d'exercice des professions médicales un caractère plus général. En effet, cette nécessité apparaît moins évidente pour le Droit d'Etablissement que dans le domaine des Services. Contre une coordination, on pourra toujours objecter que sa nécessité n'est pas démontrée, puisque le médecin doit exercer sa profession dans les conditions du pays où il s'établit. Si le respect de l'article 52, qui pose cette obligation, est valable pour l'établissement comme pour le service, dans ce dernier cas la situation paraît différente. Au cours de l'exercice occasionnel de sa profession, que l'on appelle « service », le médecin doit bien respecter la législation du pays dans lequel il exerce ce service, mais il ne faut pas oublier qu'il est habitué à exercer sa profession dans la discipline propre à son pays. « S'il passe occasionnellement la frontière, il ne se défait pas automatiquement de ses habitudes, et de sérieuses divergences dans la déontologie, à supposer qu'il les connaisse toujours, peuvent le prendre au dépourvu ».

Compte tenu de ces diverses précisions et du caractère très général indiqué par le Traité en ce qui concerne la coordination des conditions d'exercice des professions médicales, il paraît souhaitable qu'un accord s'établisse sur certaines normes fondamentales. C'est en janvier 1968 au plus tard que doit intervenir la libération des professions médicales dans l'ensemble des pays signataires du Traité. Pour que cette libération puisse s'accomplir sans heurts, il faudrait que d'ici là, quelques normes fondamentales de l'exercice de la profession aient été définies. C'est à partir des éléments communs des principales conditions d'exercice, telles que nous les avons énumérées ci-dessus, qu'il paraît raisonnable de se fonder pour rechercher le plus petit dénominateur commun aux six pays. Point de départ d'une véritable *politique commune de la santé*, les normes fondamentales à retenir devraient porter sur les points suivants :

- Respect du secret professionnel.
- Respect du libre choix.

— Respect de la liberté de prescription, le contrôle des médicaments et des spécialités pharmaceutiques étant par ailleurs résolu.

— Fixation des honoraires à un niveau tenant compte des études, du mode de vie, de la nécessité d'une promotion individuelle, des exigences de la retraite, du caractère particulier des actes médicaux.

— Indépendance de la profession par rapport aux organismes d'assurances, le contrôle des actes étant établi selon une procédure ne faisant pas obstacle au secret professionnel, et les contestations étant tranchées par des instances paritaires hors cause.

— Droit d'avis de la profession pour tout ce qui touche à la fixation de ses conditions d'exercice.

Il est possible que ces principes élémentaires, conformes à l'esprit qui règle l'exercice de la médecine européenne depuis des siècles et qui font la part des exigences sociales actuelles, soient tout de même l'objet de longues discussions. Ils constituent cependant une base difficilement réductible et dont il faudra s'inspirer, si l'on veut éviter que l'année 1968 ne donne le signal de tumultueuses et regrettables oppositions.

Comme l'exprime M. de Crayencour, il y aurait à cela au moins trois avantages :

— « faciliter les travaux de coordination des conditions d'exercice de la profession. Il est clair que les conditions d'exercice pourraient d'autant plus facilement demeurer différentes d'Etat membre à Etat membre qu'elles respecteraient une éthique et une déontologie fondamentalement communes. Les divergences ne seraient plus alors que l'utile reflet des tempéraments nationaux ;

— faciliter la convergence des efforts de tous ceux qui, à partir de préoccupations différentes, contribuent à l'amélioration de la santé publique ;

— enfin, une telle affirmation de principe contribuerait à préciser, dans un domaine particulier, ce qui semble constituer le fondement de l'esprit européen ».

CHAPITRE II

CONDITIONS ACTUELLES POUR L'ACCES ET L'EXERCICE DE LA PROFESSION MEDICALE DANS LES PAYS SIGNATAIRES DU TRAITE DE ROME

Avant d'aborder les problèmes pratiques posés en Europe par la réalisation des objectifs du Traité de Rome dans le domaine des professions médicales, nous devons exposer le fonctionnement actuel de la médecine dans les pays signataires du Traité. Compte tenu de l'éventualité d'une adhésion de la Grande-Bretagne à la Communauté Européenne dans un avenir plus ou moins éloigné, nous étudierons également le système anglais, lequel d'ailleurs est riche d'enseignements de tous ordres. Dans le souci de ne pas alourdir le texte, nous n'entrerons pas dans le détail du fonctionnement des organismes d'assurances sociales, et nous réserverons un chapitre particulier à l'étude des incidences de ce fonctionnement sur les conditions d'exercice de la médecine.

Organisation de la médecine en République Fédérale Allemande

I. — CONDITIONS D'ACCÈS.

A. — *Diplôme.*

La « Bestallung » comme médecin, c'est-à-dire l'habilitation, n'est accordée qu'à celui qui a passé les examens médicaux après avoir subi la formation scientifique et pratique en Allemagne (Ordonnance du 15 septembre 1953).

Seuls peuvent être praticiens les diplômés auxquels a été accordé le droit d'exercer la médecine par les autorités allemandes compétentes (article 2 de la loi du 13 décembre 1933 sur l'exercice de la médecine). Ils ont alors le droit d'exercer,

avec le titre de docteur en médecine, sur l'ensemble du territoire national.

La formation scientifique et pratique est de onze semestres avec obligation d'accomplir deux années préparatoires comme médecin-assistant. Ces deux années comportent six mois au moins dans un service de médecine et quatre mois au moins dans un service de gynécologie ou d'obstétrique et dans un service de chirurgie. Le candidat à la profession de médecin doit apporter la preuve qu'il a effectué le temps d'assistanat ; il doit établir un rapport sur son activité et fournir les certificats obtenus pendant cette période.

Un Allemand qui n'a pas passé les examens de médecine dans la République Fédérale peut être autorisé à pratiquer, mais ne peut obtenir le titre.

B. — *Nationalité.*

La Bestallung comme médecin n'est délivrée qu'aux seuls Allemands (ordonnance sur la nomination comme médecin du 15 septembre 1953).

La déchéance ou le retrait de la nationalité entraîne le retrait de la Bestallung.

Les étrangers apatrides sont admis à exercer la médecine sur le territoire fédéral dans les mêmes conditions que les nationaux allemands et peuvent demander que leur soit conféré le droit d'exercer la médecine s'ils ont passé les examens devant l'autorité compétente et satisfait aux prescriptions concernant le stage de la médecine (loi du 25 avril 1951).

Les médecins diplômés dans un pays étranger peuvent être autorisés à exercer leur profession en Allemagne sans s'y installer, en application des conventions de réciprocité conclues à cet effet (régime de traité de réciprocité numérique). Par exemple, il existe un traité germano-italien du 20 avril 1924 qui porte, en principe, sur un nombre limite de 25 praticiens de part et d'autre, nombre, en fait, dépassé. Il existe aussi des traités frontaliers avec le Luxembourg (1883), la Suisse (1958), la Belgique (1959).

Les médecins ainsi autorisés à exercer en Allemagne ont les mêmes droits que les médecins allemands.

C. — *Restrictions.*

Les médecins étrangers capables de prouver qu'ils ont reçu la formation nécessaire pour l'exercice de la profession peuvent être autorisés à pratiquer la médecine sans que le droit d'exercer leur ait été conféré ; c'est le Ministre de l'Intérieur qui peut, après avis de la Chambre Médicale, donner cette autorisation qui est toujours révocable (loi du 13 décembre 1935). Cette autorisation est généralement accordée pour un an ou deux et le plus souvent elle est renouvelée. Il s'agit, en général, de praticiens exerçant dans les hôpitaux et non dans la pratique libre. La demande d'autorisation, depuis 1945, doit être présentée au Directeur de la Santé du Land. Les médecins ainsi autorisés à exercer en Allemagne ont les mêmes droits et les mêmes devoirs que les médecins habilités.

Les étrangers, de même que les réfugiés, peuvent être autorisés dans les mêmes conditions à pratiquer la médecine qu'ils aient passé leurs examens de médecine en Allemagne ou ailleurs. Il en est de même pour les étrangers apatrides n'ayant pas passé leurs examens dans la République Fédérale.

D. — *Conditions de moralité.*

Avant son entrée dans la profession le nouveau médecin prononce une déclaration solennelle : « Gelobnis », dont le texte a été arrêté par le 59^e Congrès des Médecins Allemands en 1956.

Le médecin doit :

- mettre sa vie au service de l'humanité ;
- exercer avec conscience et dignité ;
- considérer comme son premier devoir le rétablissement de la santé de son patient ;
- conserver les secrets qui lui sont confiés ;
- maintenir l'honneur et la noblesse de la profession ;
- ne tenir compte ni de la religion, ni de la nationalité, ni de la race, ni du parti politique ou de la classe sociale ;
- respecter toute vie humaine ;

- ne pas laisser l'art médical aller à l'encontre des règles de l'humanité ;
- manifester à ses maîtres et collègues la considération qui leur est dûe.

La demande pour obtenir la Bestallung doit contenir un certificat de police de bonne conduite pendant le temps écoulé depuis que le candidat a passé ses examens.

La Bestallung est refusée :

- à ceux qui sont privés de leurs droits civiques ;
- à ceux qui n'ont pas une bonne moralité, surtout s'ils se sont rendus coupables de manquements graves à la loi pénale ou morale.

La Bestallung peut être retirée dans les mêmes cas.

L'autorité compétente ne décide du refus ou du retrait de la Bestallung pour des raisons de moralité qu'après avoir entendu la Chambre Médicale.

Il existe un Tableau de l'Ordre avec inscription obligatoire.

E. — *Conditions administratives.*

La demande pour obtenir la Bestallung comme médecin doit être formulée auprès des autorités provinciales (ordonnance du 15 septembre 1953). La Bestallung est accordée, à ceux qui remplissent les obligations légales, par le Ministère de l'Intérieur de chaque Land, après avis de la Chambre Médicale.

Elle peut être refusée, toujours après avis de la Chambre Médicale outre les conditions de diplôme, de nationalité et de moralité, à ceux qui ne disposent pas de la capacité physique ou mentale exigée pour l'exercice de la profession. Elle pourra être d'autre part suspendue ultérieurement si cette capacité mentale ou physique vient à être compromise ; c'est le Ministère de l'Intérieur qui précisera aux autorités habilitées si la Bestallung est interdite temporairement ou supprimée.

II. — BASES DE DÉONTOLOGIE EN ALLEMAGNE FÉDÉRALE.

A. — *Le Code.*

La Loi du 13 décembre 1935 modifiée le 30 mai 1940 a promulgué un certain nombre de principes déontologiques en Allemagne :

- le médecin est au service de la Santé des individus et du peuple tout entier ;
- il exerce une mission publique réglée par la loi ;
- la profession médicale n'est pas un métier ;
- le médecin doit exercer en conscience et doit par son comportement être digne de la considération et de la confiance qu'exige la médecine ;
- enfin, la loi confie à la Chambre Médicale de chaque Land le soin de définir dans un règlement professionnel les droits et les devoirs de la profession médicale et d'édicter les dispositions propres à maintenir l'honneur de la médecine. Ce règlement doit être approuvé par le Ministère de l'Intérieur de chaque Land.

Théoriquement, il devrait y avoir en Allemagne autant de codes de Déontologie que de Lander, c'est-à-dire neuf, plus Berlin-Ouest. Mais un Code Unique de Déontologie a été élaboré au 59^e Congrès des Médecins Allemands (réunion libre et de droit privé) le 21 novembre 1956 ; ce code a été publié par la Chambre Fédérale des Médecins Allemands et il a été accepté sur toute l'étendue de l'Allemagne Fédérale.

Le Code de Déontologie Allemand est précédé d'une formule de serment définissant les grands principes de l'Éthique Médicale. Il contient 38 articles relatifs notamment aux devoirs généraux, au secret médical, à l'avortement, au perfectionnement post-universitaire (obligation déontologique), à l'établissement, aux contrats, aux certificats, à la publicité, aux différends entre confrères, aux honoraires, aux relations confraternelles, aux remplaçants, à la consultation, aux assistants, aux médecins du travail et d'entreprises, aux traitements à forfait, aux associations médicales, à la collaboration avec des non-médecins, à la prescription ou à la recommandation des moyens de traitement.

Le titre II, contenant 10 articles, traite de la qualification et des droits et devoirs des médecins spécialistes.

Le titre III traite de la publication des titres et qualités permis aux praticiens.

N.B. — Il existe une obligation légale et pénale dans tous les pays de la C.E.E. : « En cas d'urgence, tout médecin qu'il soit ou non étranger, non seulement peut mais encore doit porter secours à une personne en péril de mort ».

B. — *Juridictions disciplinaires médicales.*¹

La Bestallung peut être retirée par le Ministère de l'Intérieur :

- quand le médecin a commis une faute grave pénale ou morale ;
- quand le médecin a été déclaré indigne d'exercer la profession par une décision de la juridiction professionnelle.

Dans le premier cas, la décision est liée à une décision d'ordre pénal, mais le Ministre doit consulter la Chambre Médicale.

Dans le second cas, la décision de retrait est la conséquence de la décision de la juridiction professionnelle. L'organisation de cette juridiction est juridiquement de la compétence de chaque Land. Organisation, composition, sanctions, procédure varieront donc d'un Land à l'autre tout en conservant de sérieuses analogies. A côté de cette juridiction professionnelle fonctionne une juridiction disciplinaire interne, au sein de l'Association des Médecins agréés par les Caisses.

La suspension temporaire est relativement de courte durée. A noter que la peine d'amende ne se rencontre qu'en Allemagne et aux Pays-Bas.

La prescription qui est de cinq ans n'existe qu'en Allemagne et en Italie. En Allemagne les juridictions professionnelles ne peuvent elles-mêmes enlever le droit d'exercice à un médecin. Cette décision incombe à l'autorité administrative et c'est sous forme d'un recours contre cette décision éventuelle, dans les formes de droit administratif que s'exerce le contrôle des décisions disciplinaires.

III. — EXERCICE DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE.

A. — *Situation générale des médecins.*

Il y a actuellement en Allemagne 80 000 médecins (1 médecin pour 800 habitants environ) dont 45 000 exercent leur profession de manière libérale.

65 % sont des généralistes, 35 % sont des spécialistes.

Ils prodiguent leurs soins aux bénéficiaires du régime d'assurances sociales conformément aux dispositions légales en vigueur. Ces médecins conventionnés sont affiliés, en ce qui concerne le territoire de chaque province ou Land, à une « Association de Médecins Conventionnés », organisme de droit public. Ces associations de Médecins Conventionnés constituent ensemble l'organisme suprême fédéral : « l'Association Fédérale des Médecins Conventionnés » dont le siège est à Cologne, organisme également créé par la loi. Les rapports conventionnels entre le Corps Médical et les Caisses de Sécurité Sociale sont établis par le canal des Associations de Médecins Conventionnés. Il n'y a aucune relation directe entre le médecin et les caisses. Actuellement, il existe 48 associations de médecins.

Enfin, il faut signaler l'Association des Médecins d'Allemagne ou Hartmannbund créée en 1900, laquelle, avec presque 20 000 adhérents, englobe toutes les catégories de médecins.

En 1957, il y avait un médecin d'Assurances Sociales pour 700 assurés sociaux ; ce pourcentage a augmenté de façon notable encore que la limitation du nombre des médecins des Assurances Sociales n'ait été interrompu qu'en 1959. Jusqu'en 1957, 3 720 médecins avaient abandonné la médecine pour des emplois non médicaux.

Les médecins qui n'appartiennent pas aux Assurances Sociales ont leur propre système d'honoraires.

Il n'y a pas, en Allemagne, de possibilités de se faire remplacer par un étudiant en fin d'études et il y a fort peu de « remplaçants ». C'est, généralement, par entente réciproque que les médecins se confient mutuellement leurs clientèles pendant leur absence.

Il existe en Allemagne une loi promulguée le 5 novembre 1937, qui oblige les médecins à poursuivre constamment leur perfectionnement professionnel ; il y a de nombreux cours de perfectionnement organisés aussi bien en Allemagne qu'à

l'étranger, notamment en Autriche, en Suisse, en Italie. Aussi les médecins allemands ont-ils fait admettre par les autorités fiscales le droit d'ajouter à leurs autres frais professionnels, les frais de voyage et de séjour qu'entraîne l'assistance à ces cours.

B. — *Situation hospitalière.*

Les hôpitaux sont divisés en hôpitaux privés et en hôpitaux communaux. Dans ces derniers, tous les professeurs d'université travaillent à plein temps et seul le « directeur clinique » a le droit de traiter les malades privés dans l'hôpital.

L'administration hospitalière est basée sur une semaine de cinq jours, ce qui rend très difficile les admissions d'urgence à l'hôpital pendant le week-end.

Les postes dans les hôpitaux sont très recherchés car le médecin a un salaire assez élevé et reçoit des honoraires des malades privés. Malgré cela de nombreux médecins se dirigent plutôt vers la médecine privée car la durée des contrats hospitaliers est, en principe, limitée à un an.

C. — *Situation des malades.*

— Assurés aux Caisses.

Plus de 80 % des Allemands de la République Fédérale sont inscrits dans les différentes Caisses. Les contributions varient suivant le revenu ; le salarié verse en fait presque 1/3 de ses revenus en vue de sa protection sociale : assurance-vieillesse, chômage et maladie ; à cela s'ajoutent des prestations supplémentaires de la part des employeurs, en particulier pour l'assurance invalidité et accident, ainsi que pour les allocations familiales.

L'assuré perçoit des indemnités assez importantes de la Caisse ; il consulte fréquemment le médecin, même pour des affections bénignes, obtient gratuitement les médicaments ainsi que les soins à l'hôpital.

— Non-assurés aux Caisses.

Les Allemands non inscrits aux Caisses sont peu nombreux ; ce sont les seuls envers lesquels le médecin peut agir d'une manière libérale. Le malade consulte, honore directement le

médecin, règle le pharmacien et se fait rembourser s'il est inscrit à une assurance privée.

D. — *Exercice de la médecine proprement dite.*

— La liberté d'installation du médecin est récente ; elle ne date que de 1960.

— Le secret professionnel est respecté en clientèle privée mais n'existe pas vis-à-vis des Caisses : en effet, le médecin affilié aux Caisses est tenu, lors de ses relevés, de donner, en plus du nom, de l'adresse, du nombre et de la date des consultations, des traitements, le *diagnostic* des maladies.

— Le malade a un libre choix relatif du médecin. Lorsqu'il consulte, il choisit un médecin parmi ceux qui sont affiliés à une Caisse d'Assurances et ne peut en choisir un autre pendant trois mois. En cas d'accident, le médecin qui donne les premiers soins doit confier obligatoirement le blessé à un spécialiste agréé en délivrant un bon de consultation. Le spécialiste peut soit entreprendre lui-même le traitement du malade, soit le renvoyer au médecin muni de directives ; donc cette réglementation oblige le blessé à suivre le traitement prescrit par un médecin qu'il n'a pas choisi.

— Liberté restreinte de prescription des médicaments : le médecin n'a pas le droit de dépasser un certain plafond, ceci pour chaque malade et pour une durée de trois mois.

— Système du tiers-payant, par l'intermédiaire, entre le Corps Médical et les Caisses, de l'Association des Médecins conventionnés.

Sur 80 000 médecins, il y a 35 000 médecins de Caisse, et une quinzaine de Caisses de Sécurité Sociale suivant toutes les mêmes règles.

Le médecin touche des honoraires de principe seulement ; en effet, l'ensemble des médecins agréés d'une circonscription est rétribué, *non d'après le nombre des actes accomplis* mais sur la base d'une somme globale et *forfaitaire* calculée d'après le nombre des assurés, le traitement de base des assurés et la situation financière des Caisses. Cette somme est versée à l'Association des Médecins Conventionnés qui règle d'abord les médecins non agréés appelés en cas d'urgence et les prestations

des hôpitaux requis, puis répartit la rémunération globale entre ses membres d'après un barème adopté par l'assemblée générale de l'Association. C'est ce que l'on appelle une « Médecine de Caisse ».

Une seule exception est représentée par les Caisses de remboursement car celles-ci versent chaque trimestre à l'Association des Médecins Conventionnés une indemnité qui correspond à la somme des notes d'honoraires présentées par les médecins. Il s'agit, ici, d'un système de rétribution à l'acte, mais par un tiers-payant.

— Le contrôle des actes : le médecin de Caisse adresse tous les trois mois, à l'Association, des relevés de ses consultations. Les relevés subissent un contrôle qui est fait par des médecins volontaires payés à l'heure et à temps partiel.

IV. — INFLUENCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN ALLEMAGNE SUR LA MÉDECINE.

Comme nous l'avons vu précédemment, il y a 35 000 médecins affiliés aux Caisses en Allemagne. On assiste à une différenciation de la médecine ; d'une part, une médecine libre qui bénéficie de toute l'attention du praticien et, d'autre part, surtout une médecine de Caisse trop expéditive pour demeurer une médecine de qualité : le médecin voit 100 à 120 malades par jour en moyenne ; il ne lui est pas possible d'adresser ses malades à d'autres confrères car il y a des normes à respecter, normes qui sont indiquées par l'Association des Médecins et si le médecin dépasse les statistiques prévues, une partie de ses honoraires lui est retenue.

De plus, le médecin reçoit une avance chaque mois, mais les comptes ne sont régularisés que tous les trois mois.

De ce fait, les médecins allemands souhaitent :

- l'abolition du forfait,
- la rémunération à l'acte.

Organisation de la médecine en Belgique

I. — CONDITIONS D'ACCÈS.

A. — *Diplôme.*

Le « titre légal » est délivré à ceux qui sont titulaires d'un « Diplôme d'Humanités » (qui marque, en Belgique, la fin des Etudes Secondaires) et qui ont accompli sept années d'études universitaires y compris des stages dans les hôpitaux ; ce diplôme est délivré par une des quatre Universités Belges.

Les étudiants étrangers qui n'ont pas le Diplôme d'Humanités (puisque'ils n'ont pas fait leurs études secondaires en Belgique) peuvent obtenir à la suite de leurs études médicales universitaires en Belgique « un diplôme scientifique » qui, depuis 1955, leur permet d'obtenir le « titre légal » à condition de satisfaire à une épreuve devant le Jury Central institué par le Ministère de l'Instruction Publique.

B. — *Nationalité.*

Il n'est pas nécessaire d'être Belge pour pouvoir exercer la médecine en Belgique.

Un étranger peut exercer en Belgique :

— s'il possède le « titre légal » ;

— s'il possède un diplôme de médecine d'une faculté étrangère et s'il a obtenu une dispense accordée par le Jury Central composé d'un représentant des Facultés intéressées de chacune des quatre Universités.

Il existe des traités de médecine frontalière entre la Belgique, l'Allemagne Fédérale (1959), la France, le Luxembourg et les Pays-Bas (1947).

D'autre part, le traité du Benelux a introduit dans les trois pays signataires le principe de la libre circulation des services et du libre établissement.

C. — *Restrictions.*

Le médecin étranger peut exercer en Belgique s'il a adressé une demande de dispense au Ministère de la Santé et s'il justi-

fic, par des documents, de son aptitude à exercer dans le pays où il a été diplômé. Mais il semble que cette dispense ne soit accordée qu'exceptionnellement.

D. — *Conditions de moralité.*

Le médecin doit se faire inscrire au *tableau de l'Ordre des Médecins*, qui vérifie l'existence des conditions de moralité.

E. — *Conditions administratives.*

Le médecin doit d'abord faire viser son diplôme par une Commission Médicale Provinciale. La Commission vérifie si le nouveau médecin a bien effectué le nombre d'années d'études et de stages exigés. Puis, le médecin s'inscrit au *Tableau de l'Ordre* et il peut alors exercer.

II. — BASES DE DÉONTOLOGIE EN BELGIQUE.

A. — *Il n'existe pas de Code de Déontologie en Belgique.*

L'Ordre des Médecins a été créé par la loi du 25 juillet 1938, il comprend tous les docteurs en médecine autorisés à exercer et inscrits au Tableau. Les Conseils de cet Ordre sont chargés de maintenir les règles de Déontologie Médicale, l'honneur, la discrétion et la dignité des membres de l'Ordre dans l'exercice ou hors de l'exercice de la profession.

L'Ordre comprend 9 Chambres (une par Province) et est essentiellement juridictionnel. C'est un organisme doté légalement de pouvoirs disciplinaires.

Il existe un Conseil Supérieur de l'Ordre qui n'a pas de rôle juridictionnel. Il a pour tâche de donner des avis motivés sur des questions d'ordre général concernant les règles de Déontologie et de « colléger » les jugements des divers Conseils de l'Ordre en vue de l'établissement d'une jurisprudence déontologique. Il représente l'Ordre devant la justice.

Le projet de Code présenté par l'Ordre a été refusé par le Conseil d'Etat.

B. — *Juridictions disciplinaires médicales.*

La Juridiction de première instance est constituée par le Conseil de l'Ordre de chaque Province.

La Juridiction de deuxième instance est appelée Conseil Mixte d'Appel.

Les sanctions dont dispose le Conseil de l'Ordre sont l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer pendant un terme qui ne peut excéder deux années et l'interdiction définitive de pratiquer en Belgique.

III. — EXERCICE DE LA MÉDECINE EN BELGIQUE.

A. — *Situation générale des médecins.*

Il y a, en Belgique, un médecin pour 1 000 habitants environ. On distingue une médecine libre et des médecins salariés affiliés à des Mutuelles qui gèrent un nombre considérable d'établissements de soins. Ces mutuelles sont groupées en cinq confédérations selon leurs affinités politiques.

Le système du tiers-payant fonctionne dans certains établissements.

Il existait, avant 1960, différents groupes de médecins : la Fédérale Médicale Belge, le Groupement Belge des Médecins Spécialistes, l'Union Belge des Médecins Omnipraticiens et l'Algerneen Syndikaat des Geneersheren van Belgie qui se sont fusionnés en 1961 en une seule organisation professionnelle « l'Association Générale des Médecins Belges ».

B. — *Situation hospitalière.*

Tous les hôpitaux ont une équipe médicale seule autorisée à y travailler ; quelques exceptions sont autorisées dans des cliniques privées.

C. — *Situation des malades.*

L'Assurance Maladie Invalidité ou AMI est obligatoire.

Les prestations versées au titre de l'AMI couvrent les risques maladie, invalidité, maternité et décès.

La cotisation des travailleurs est retenue par l'employeur lors de chaque paiement des rémunérations.

Pour les risques accidents de travail et maladies professionnelles, des cotisations variables supplémentaires sont versées aux employeurs et aux Caisses Communes d'Assurances.

L'assuré peut choisir librement son médecin, de même que l'établissement hospitalier quand il doit être hospitalisé.

Il fait l'avance des frais et est remboursé par sa Mutualité.

D. — *Exercice de la médecine proprement dite.*

— Liberté d'installation pour le médecin.

— Le secret professionnel est respecté en clientèle privée, non sauvegardé par le fait des Mutuelles.

— Le malade a le libre choix du médecin inscrit au Tableau de l'Ordre.

A noter une exception en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. En effet, si le chef d'entreprise ou l'assureur, a institué à sa charge exclusive un service médical et hospitalier, la victime n'a pas le choix du médecin ; cependant le chef d'entreprise, ou l'assureur, désignera 3 médecins au moins à qui la victime pourra s'adresser. Le malade dont l'état exige un traitement à l'hôpital n'a le choix ni du service hospitalier ni du service médical. Par contre, si le chef d'entreprise ou l'assureur n'a pas institué à sa charge exclusive un service médical ou hospitalier, le malade a le libre choix. En cas de traitement dans une clinique la victime a le choix exclusivement parmi les services hospitaliers agréés.

— La liberté de prescription est pratiquement limitée par le remboursement sous conditions des Mutuelles aux assurés.

— Les honoraires sont libres, mais il y a des limites au taux de remboursement pour les assurés sociaux. En principe, les honoraires sont payés au médecin par le malade qui reçoit une formule spéciale pour obtenir son remboursement.

Dans certains établissements où fonctionne le système du tiers payant, les attestations de soins sont expédiées aux organismes assureurs par le médecin ou l'administration de l'établissement, mais des délais allant jusqu'à un an sont à prévoir pour obtenir le règlement des honoraires.

— Le contrôle des actes existe surtout dans les établissements où il y a le système du tiers payant. En général, pour l'ordonnance de certaines médications, le médecin doit demander l'accord du médecin-conseil.

IV. — ORGANISATION ET INFLUENCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN BELGIQUE.

Il existe, en Belgique, cinq Mutuelles qui exercent une influence prépondérante. Il y a aussi des organismes locaux et régionaux. Les Mutuelles s'occupent de l'Assurance Maladie Invalidité, assurance vieillesse, chômage et Allocations Familiales.

L'organisme National Central, l'Office de Sécurité Sociale ou O.N.S.S. est chargé de percevoir les cotisations de Sécurité Sociale, de répartir le produit de ces cotisations entre les Mutuelles chargées de la distribution des indemnités de remboursement prévues pour les soins médicaux et les hospitalisations, en contre-partie des attestations médicales et des factures des hôpitaux.

Le financement de l'O.N.S.S. provient :

- des cotisations des employeurs et des travailleurs ;
- des subventions de l'Etat.

Les Mutuelles jouissent ainsi d'un monopole de fait dans l'utilisation des ressources des Assurances Maladies en particulier, sans assumer pour autant des responsabilités financières effectives, puisque l'Etat comble tous les déficits.

De ce fait, l'Association Générale des Médecins Belges demande une réforme fondamentale de « dépolitisation » de l'Assurance Maladie Invalidité.

Organisation de la médecine en Italie

I. — CONDITIONS D'ACCÈS.

A. — *Diplôme.*

« L'examen d'Etat » pour l'habilitation à l'exercice de la profession de médecin-chirurgien est obligatoire (loi du 8 décembre 1956).

L'examen d'Etat ne peut être soutenu que par les Italiens, lauréats de médecine et de chirurgie, qui ont terminé leur apprentissage — ou tirocinio — de pratique hospitalière pour les cliniques médicale, chirurgicale ou obstétricale (décret du 9 septembre 1957).

Les candidats doivent présenter leur diplôme original de lauréat et un certificat de l'Université certifiant qu'ils ont satisfait aux prescriptions du « tirocinio ».

Le jury de l'examen est composé de 8 membres, il est présidé par un professeur d'Université ; les membres sont choisis parmi des professeurs d'Université en activité ou en retraite, des médecins « d'office sanitaire » de ville de plus de 100.000 habitants. Deux des 8 membres doivent être professeurs d'Université. Cet examen a un caractère spécifiquement professionnel. La Commission se divise en trois sous-commissions pour :

— une clinique médicale générale et de spécialités (pédiatrie, maladies nerveuses et mentales, dermatologie) ;

— une clinique de chirurgie générale et de spécialités (ophtalmologie, O.R.L., etc...) ;

— une clinique obstétricale.

L'épreuve de clinique spécialisée est au choix des sous-commissions. L'épreuve de pédiatrie est obligatoire.

L'examen consiste en un examen de malade avec diagnostic, pronostic, thérapeutique et la demande d'examens de laboratoire utiles au diagnostic ; l'examen porte aussi sur les connaissances générales en matière de pharmacie, d'hygiène, de médecine légale, d'assurances sociales et de médecine du travail.

Les médecins qui n'ont pas accompli leur médecine en Italie et qui sont titulaires d'un diplôme étranger doivent demander la reconnaissance de ce diplôme et des examens supplémentaires pourront alors leur être imposés.

B. — *Nationalité.*

Seuls les nationaux italiens et les médecins étrangers ressortissants d'un pays avec lequel des accords de réciprocité ont été conclus (Allemagne, France, Suisse, Portugal, Espagne) sont autorisés à exercer leur profession en Italie.

C'est surtout le traité italo-allemand du 20 avril 1924 qui atteint le plus grand degré de perfection : les diplômes de chaque pays sont reconnus *de jure*, les médecins intéressés peuvent s'inscrire d'emblée au Tableau ou à la Chambre Médicale, comme les nationaux ; un nombre fixé à 25 médecins a

été prévu de part et d'autre, mais il est en fait largement dépassé.

C. — *Restrictions.*

Les médecins étrangers doivent demander la reconnaissance de leur diplôme, puis se faire immatriculer auprès de l'une des Associations de Médecins existant en Italie. Ces associations hésitent à admettre des étrangers, mais il est plus facile pour un étranger qui a passé tous ses examens d'aptitude en Italie de se faire immatriculer.

De plus, les médecins étrangers doivent démontrer qu'ils ont une bonne conduite et toute la jouissance de leurs droits civils.

D. — *Conditions de moralité.*

Pour exercer la médecine en Italie, avant de s'inscrire au tableau professionnel de la circonscription tenu par le Conseil Directeur de chaque Collège de l'Ordre des Médecins, il est nécessaire de présenter un extrait de casier judiciaire et de jouir de ses droits civils.

Le médecin s'inscrit au *Tableau de l'Ordre* et prononce le serment d'observer les fondements du Code de Déontologie Médicale.

La radiation peut être prononcée en cas de perte de la nationalité ou des droits civils et si le médecin a subi de graves condamnations pénales.

E. — *Conditions administratives.*

Pour exercer en Italie, il faut être majeur et avoir obtenu le titre de l'habilitation à l'exercice professionnel (loi du 27 septembre 1934).

Le médecin doit faire enregistrer son diplôme à l'office de la commune où il entend exercer ; les médecins et les chirurgiens étrangers appelés expressément pour un cas particulier ne sont pas soumis à cette obligation.

Le médecin doit être inscrit au Tableau Professionnel de la circonscription.

II. — BASES DÉONTOLOGIQUES EN ITALIE.

A. — *Il existe un Code de Déontologie médicale en Italie.*

Il a été établi par la Fédération des Ordres des Médecins et sa légalité a été reconnue.

Il est précédé d'un serment rappelant les grands principes de base de l'Ethique Médicale. Il contient 89 articles se rapportant aux devoirs généraux du médecin, rapports entre médecins, rapports entre médecins et autres professions sanitaires, rapports avec les personnes morales publiques et privées.

— Le médecin doit prévenir et soigner les maladies, soulager la souffrance, défendre la vie depuis la conception, respecter la personne humaine et doit s'inspirer des principes éthiques de la solidarité humaine. Il doit maintenir son intégrité morale, sa valeur professionnelle, exclure toute influence étrangère à la noblesse de ses devoirs.

— L'exercice est indépendant de toute différence de religion, de race, de nationalité, de classe sociale et d'idéologie politique.

— Ses rapports avec les malades doivent être fondés sur la confiance.

— Il doit garder le secret médical.

— La protection de la santé collective doit le guider comme la protection de la santé individuelle.

— Ses rapports avec ses confrères doivent être inspirés d'un principe de solidarité collégiale. Il doit avoir de la déférence pour les anciens et être guidé par leur exemple.

B. — *Juridictions disciplinaires médicales.*

Le rôle des Collèges Provinciaux et du Comité Central de la Fédération des Ordres est de conserver l'honneur et l'indépendance à l'intérieur de l'Ordre et des Collèges.

La juridiction disciplinaire de première instance est constituée par une section du Conseil de l'Ordre ou du Collège de la Province ; outre son pouvoir disciplinaire, le Conseil peut aussi, sur requête, servir de conciliateur ou de médiateur dans les conflits entre personnes appartenant au Corps Sanitaire ou entre ces dernières et des personnes physiques ou morales au sujet des prestations de services, des honoraires et de toute

autre question intéressant l'exercice professionnel. Le Comité Central de la Fédération Nationale des Ordres des Médecins exerce le pouvoir disciplinaire sur les membres des Conseils de direction des Ordres et des Collèges.

La juridiction de seconde instance est constituée par la Commission Centrale pour l'exercice des professions sanitaires. Cette commission est présidée par un Conseiller d'Etat.

Les sanctions disciplinaires sont l'avertissement, la censure ou blâme, la suspension de un à six mois.

La radiation du tableau se fait si l'intéressé a compromis gravement l'honneur de la profession et encouru de graves condamnations pénales (après commerce clandestin de stupéfiants, d'avortements, de délivrance de produits abortifs) ou après délits entraînant des peines supérieures à deux ans de réclusion.

L'action disciplinaire, comme en Allemagne, peut être prescrite pour 5 années.

III. — EXERCICE DE LA MÉDECINE EN ITALIE.

A. — *Situation générale des médecins.*

L'Italie est l'un des pays du Marché Commun où la situation des médecins est la moins bonne.

Le nombre des médecins inscrits sur les listes professionnelles est de plus de 81.000, soit un médecin pour 600 habitants environ.

On peut distinguer au moins trois classes de médecins :

— 5 à 10 % constituent une « aristocratie médicale » comprenant les chefs de service des hôpitaux des grandes villes, les membres de l'Université et les spécialistes en renom.

— 10 % environ constituent un véritable prolétariat médical : on y rencontre les internes et les assistants des hôpitaux (dont les salaires sont dérisoires), ainsi que les médecins qui exercent dans les centres isolés des régions sous-développées.

— La grande majorité des médecins sont inscrits aux mutuelles, bien que certaines mutuelles refusent les médecins qui exercent déjà plusieurs charges, ceux qui ont des emplois rémunérés de façon satisfaisante et ceux qui exercent une acti-

tivité professionnelle spécialisée, les médecins des Hôpitaux, des Universités et des Sanatoriums.

Les médecins inscrits aux Mutuelles deviennent des « médecins de confiance » pour les malades qui les ont choisis. Le maximum de malades du médecin de confiance est de 1.750, mais la moyenne se place au-dessous de 1.000. Il en résulte une rémunération annuelle très insuffisante, et dans la mesure où cela lui est possible, le médecin exerce une pratique privée, multiplie les actes, dispose d'un ou plusieurs emplois fixes (dispensaires, médecine d'usine, etc...) ou passe des conventions avec plusieurs mutuelles. Rares sont ceux qui pratiquent uniquement la médecine libérale, car la plupart sont occupés plusieurs heures par jour à un travail rétribué au forfait.

La situation des médecins spécialistes n'est pas meilleure ; ils ont des salaires très bas, inférieurs à ceux alloués aux médecins de médecine générale quand ils font partie des Cadres de la Sécurité Sociale. En effet, les spécialistes de l'Institut National d'Assurances contre les Maladies (I.N.A.M.), qui sont au nombre de 10.000, exercent dans les dispensaires de l'Institut où leur clientèle est presque entièrement constituée par les malades que leur envoient leurs collègues de médecine générale ; ils sont payés à un tarif forfaitaire. Actuellement, on considère que lorsqu'un spécialiste visite un patient qui lui est envoyé par un collègue de médecine générale, il est payé par l'I.N.A.M. en moyenne la moitié de la somme que touche le médecin traitant.

Ils sont le plus souvent à temps partiel, doivent fournir une activité de douze heures effectives par semaine en moyenne, voir huit malades à l'heure ; le tarif de la consultation pour chaque malade est dérisoire.

Il existe des assurances obligatoires pour le médecin, notamment l'assurance retraite, obligatoire depuis 1960, mais qui ne donne pas la garantie d'une retraite décente.

Par contre, tout médecin inscrit à l'Ordre est soumis à une pression fiscale continue.

La situation du médecin est telle qu'il ne lui est guère possible de s'occuper de son perfectionnement scientifique.

Toutes ces difficultés expliquent la désaffection des étudiants pour les études médicales et la diminution du nombre des diplômes délivrés annuellement. Selon une enquête du Docteur Lunetta, dans les dix dernières années, les inscriptions en

médecine sont passées de 27.733 en 1950 (chiffre le plus haut enregistré dans l'histoire des Facultés de Médecine italiennes) à 18.177 en 1960, c'est-à-dire qu'elles ont baissé de 65,4 %. « Dans la même période, écrit le Docteur Lunetta, le pourcentage relatif, par rapport à toute la population universitaire, est passé de 19 % à 10,3 %, c'est-à-dire qu'il a baissé de 50 % environ. Enfin, si vous pensez que ces chiffres, dans ces deux dernières années, ont manifesté une tendance à baisser encore, que la population italienne a augmenté dans ces mêmes derniers dix ans d'environ 3 millions d'unités et, enfin, que les exigences sociales de la médecine, dans le cadre du progrès technique et économique de notre pays, a eu un développement extraordinaire, vous pouvez vous expliquer sans peine pourquoi, chez nous, des préoccupations commencent à se manifester pour l'avenir, étant donné que nos jeunes, devant les incertitudes actuelles de carrière et devant le discrédit de la médecine socialisée, s'orientent de plus en plus nombreux vers d'autres carrières en désertant les études médicales ».

B. — *Situation hospitalière.*

Selon une loi datant de 1938, les médecins-chefs ont droit à la stabilité de l'emploi jusqu'à l'âge de 65 ans. Leurs collaborateurs, par contre, tout en étant obligés de passer de sévères concours pour accéder à leurs postes, ne peuvent rester en service que pendant un temps limité : 4 ans pour les assistants et 8 ans pour les aide-assistants, ce qui entraîne le plus souvent la disparition de leur clientèle privée. Un horaire d'au moins 5 heures par jour est prévu, même pour les chefs de service.

Les emplois hospitaliers sont, généralement, très mal rétribués et l'absence d'un statut juridique ne fait qu'accroître l'incertitude morale et économique des médecins.

C. — *Situation des malades.*

Presque 90 % de la population est assurée contre la maladie. L'assurance maladie obligatoire a été promulguée pour les travailleurs de l'industrie, du commerce, du crédit et des assurances, de l'agriculture, les domestiques, les titulaires de pension vieillesse et d'invalidité, les employés de l'Etat, ceux des organismes locaux, de droit public, des mutuelles d'usines ou maritimes, les artisans et les commerçants.

L'assistance médicale est accordée par l'I.N.A.M. sous forme directe ou sous forme indirecte, ce choix doit intervenir avant le mois de décembre de chaque année ; les deux formes d'assistance comprennent l'assistance générale, l'assistance spécialisée, l'assistance hospitalière et l'assistance pharmaceutique.

L'assuré a donc deux possibilités :

— *la forme indirecte* : il s'adresse à n'importe quel médecin qui n'a pas besoin d'être agréé et est laissé au libre choix total, de même pour le spécialiste et l'hôpital ; la consultation est réglée directement au médecin et le malade est remboursé dans les 15 jours par l'I.N.A.M. selon des taux fixés pour la consultation, la visite à domicile, la visite de nuit, la visite en clinique, les médicaments, etc...

Ce système est, en fait, peu utilisé ;

— *la forme directe* : le malade reçoit l'assistance médicale, pharmaceutique, spécialisée et hospitalière gratuite. Le médecin doit être inscrit à la Mutuelle. Le malade choisit sur une liste son « médecin de confiance ». Tous les frais sont à la charge de l'I.N.A.M.

Les prestations étant gratuites, les malades ont tendance à abuser des services médicaux.

D. — *Exercice de la médecine proprement dite.*

— La liberté d'installation est acquise dès que le médecin possède son diplôme d'Etat, même si ce sont des officiers médicaux de carrière et des médecins fonctionnaires à temps plein des organismes d'assurances sociales.

— Le secret professionnel est enfreint du fait que le médecin a l'obligation d'indiquer le diagnostic sur la feuille de maladie.

— La liberté de choix est respectée par les grands instituts d'assurances, mais non par certaines mutuelles secondaires. La liberté de choix du spécialiste est pratiquement inexistante, les malades devant s'adresser soit aux dispensaires gérés par les Caisses, soit aux rares spécialistes agréés.

— La liberté de prescription est réduite, étant donné l'existence de listes limitatives des produits pharmaceutiques pris en charge par les organismes d'Assurances.

— Les honoraires médicaux sont réglés selon plusieurs modes :

- dans le système de l'assistance directe, le médecin est payé directement par la Caisse et proportionnellement aux actes accomplis, ou annuellement suivant le nombre des assurés sur sa liste. Dans certains cas, il y a un système mixte, le médecin étant payé au mois ou à l'heure pour ses consultations et à l'acte pour les visites à domicile ;

- dans le système d'assistance indirecte, le médecin demande au malade des honoraires sur la base des tarifs fixés par les Ordres des Médecins ;

- le système du forfait, qui a tendance à se généraliser, est tel que le médecin est rétribué annuellement d'une somme fixe, quel que soit le nombre d'actes pratiqués et le nombre des assurés qui ont eu recours à lui. A noter que les médecins spécialistes reçoivent des honoraires à tarif forfaitaire pour chaque heure d'activité exercée dans les centres.

— Le contrôle des actes des médecins inscrits aux Mutuelles est exercé par des médecins de l'I.N.A.M., au moyen de la documentation sanitaire et du contrôle des assistés.

IV. — ORGANISATION ET INFLUENCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN ITALIE.

Le système de Sécurité Sociale est fondé pour la presque totalité des Italiens sur le tiers-payant.

Les systèmes d'assurances sont nombreux. On distingue :

— *L'Institut National d'Assurances contre les Maladies, ou I.N.A.M.,*

qui est l'organisme le plus important et qui peut être considéré comme le régime général de Sécurité Sociale en Italie. Il assure obligatoirement contre toutes les maladies, à l'exception de celles qui sont couvertes par d'autres assurances obligatoires telles que la tuberculose, les accidents du travail et les maladies professionnelles. Il s'occupe aussi de l'assurance maternité.

Il assure les travailleurs de l'industrie, les ouvriers agricoles, les travailleurs du commerce, les travailleurs des organismes bancaires et d'assurances, les domestiques, les retraités.

Il assure l'assistance générale, spécialisée, hospitalière et pharmaceutique.

Les prestations sont fournies sous forme directe ou sous forme indirecte.

— *L'Institut National d'Assurances contre les Accidents de Travail.*

Ce système couvre le risque accident et le risque maladies professionnelles. Le financement est à la charge de l'employeur. Tout médecin est tenu à donner des soins d'urgence à un accidenté et à lui délivrer un certificat. Les médecins communaux sont rétribués forfaitairement pour chaque accident du travail, quel que soit le nombre d'actes accomplis à cette occasion.

— *L'Institut National de Prévoyance sociale*

assure obligatoirement contre la tuberculose les assujettis de l'I.N.A.M. Il s'occupe aussi du paiement des pensions d'invalidité ou de vieillesse, des allocations familiales.

L'assurance tuberculose donne droit au traitement en sanatorium pendant la phase aiguë de la maladie, au traitement ambulatoire ensuite.

Cet institut gère aussi les établissements de cure thermale et les centres de rééducation motrice.

— *La Ligue Nationale de Prévoyance et d'Assistance des Employés de l'Etat.*

C'est l'équivalent de l'I.N.A.M. à l'usage des fonctionnaires. Les médecins qui travaillent dans les dispensaires gérés par cet organisme ont un contrat qui leur garantit, après une période d'essai de un an, un congé annuel de trente jours, des prestations en cas de maladie, des congés pour des études de perfectionnement. S'ils travaillent en dehors des dispensaires, ils ne sont pas tenus à respecter des tarifs fixes.

— *La Fédération des Mutuelles des Cultivateurs*

assure les exploitants agricoles contre les maladies, à l'exclusion des accidents du travail, des maladies professionnelles et de la tuberculose.

— *La Fédération des Mutuelles des Artisans.*

— On trouve encore de nombreux autres systèmes d'assurances à la charge de l'employeur (employés communaux, pom-

piers, employés des Instituts de Crédit de droit public et des Caisses d'Epargne, etc...), ainsi que des assurances privées.

Le financement des Caisses est assuré d'une part par les cotisations comprenant un certain pourcentage prélevé sur le salaire du travailleur et un pourcentage à la charge de l'employeur et d'autre part par la contribution de l'Etat. Mais les Caisses d'assurances sont constamment en difficultés financières.

On peut ainsi constater que le malaise de la médecine en Italie est très réel. Les honoraires sont extrêmement bas pour la plupart des médecins, qui demandent : un régime d'assurances sociales décentralisées, la généralisation du mode indirect — ou médecine à l'acte — avec règlement des honoraires du médecin par l'assuré, qui serait ensuite remboursé partiellement, comme en Belgique ou en France.

Organisation de la médecine au Luxembourg

I. — CONDITIONS D'ACCÈS.

A. — *Diplôme.*

Pour exercer au Luxembourg, il faut être titulaire d'un diplôme officiel de Docteur en médecine tel qu'il est prévu par la législation luxembourgeoise et validé par le Gouvernement Luxembourgeois.

L'étudiant en médecine luxembourgeois doit suivre les cours d'une Université étrangère, car il n'a pas la possibilité de faire les études de médecine dans son pays, mais il est tenu de passer ses examens au Luxembourg après avoir satisfait aux prescriptions concernant la durée des études et qu'il ait produit un « certificat de maturité » (baccalauréat).

Au point de vue grades et titres, on distingue :

- le « candidat en médecine » : les matières pour la candidature font l'objet d'une épreuve unique ainsi que de deux années universitaires ;

- le « docteur en médecine, chirurgie et accouchement » : les matières pour l'examen du doctorat consistent en une épreuve unique ainsi que deux années universitaires ; le doctorat en

chirurgie exige une année, le doctorat en accouchement fait l'objet d'une épreuve unique subie immédiatement après l'examen pour le doctorat en chirurgie.

Le médecin ne pourra finalement exercer que s'il a travaillé, après l'obtention des trois diplômes, au moins pendant quinze mois dans un hôpital étranger pour un omnipraticien, et trois ou quatre ans pour un spécialiste.

B. — *Nationalité.*

Seuls les citoyens du Grand-Duché du Luxembourg ont le droit d'exercer la médecine au Luxembourg (loi du 10 juillet 1901).

La perte de la nationalité entraîne l'interdiction d'exercer.

Les médecins étrangers peuvent être autorisés, s'ils sont établis dans les régions limitrophes du Grand-Duché, à exercer sur la base d'accords de réciprocité entre le Luxembourg et les pays intéressés : France, Allemagne, Belgique.

C. — *Restrictions.*

Les médecins étrangers, ayant le droit d'exercer dans le pays où ils ont obtenu leur diplôme, pourront exercer au Luxembourg s'ils obtiennent l'approbation du Collège Médical.

Les grades et les titres luxembourgeois obtenus par un étranger ne lui donnent aucun droit dans le Grand-Duché.

D. — *Conditions de moralité.*

Aucune disposition légale ne régit actuellement le contrôle de la moralité du médecin entrant dans la profession.

Le médecin n'a pas à prêter serment avant d'avoir accès à la profession.

Il n'existe pas de tableau de l'Ordre.

E. — *Conditions administratives.*

Pour exercer, le médecin doit obtenir une autorisation ministérielle sur production de son diplôme et après avis favorable du Collège Médical.

Seul le Luxembourg permet l'exercice temporaire proprement dit, sans établissement, par un médecin étranger qui n'a pas à solliciter d'autorisation particulière, mais seulement quand

il est appelé en consultation auprès d'un malade par un praticien luxembourgeois.

II. — BASES DE DÉONTOLOGIE AU LUXEMBOURG.

A. — *Il n'y a pas de code de déontologie au Luxembourg.*

La Déontologie se dégage de la conception générale concernant l'honneur et la dignité de la profession.

Le médecin luxembourgeois s'inspire des grands principes d'humanité et de liberté.

B. — *Juridictions disciplinaires médicales.*

Le Collège médical du Luxembourg est chargé du pouvoir disciplinaire et se laisse guider par les dispositions du Code de Déontologie Français. Il se constitue en cas de besoin en Conseil de Discipline.

Les peines disciplinaires sont l'avertissement, la réprimande, la privation temporaire ou perpétuelle du droit de vote et d'éligibilité au Collège, la suspension du droit d'exercer pendant un temps qui ne peut excéder deux années. L'interdiction d'exercer peut être prononcée si le médecin a subi de graves condamnations pénales (vol, escroquerie, abus de confiance, avortement, etc...).

III. — EXERCICE DE LA MÉDECINE AU LUXEMBOURG.

A. — *Situation des médecins.*

Le Luxembourg ne compte que quelques centaines de médecins. Les médecins sont liés aux Caisses par des contrats individuels. Il y a des médecins traitants, des spécialistes et des médecins conseils.

E. — *Situation des assurés.*

L'assurance maladie est obligatoire.

Les malades ont le libre choix du médecin ou du spécialiste parmi les praticiens admis auprès des Caisses.

Ils peuvent se faire traiter ou hospitaliser à l'étranger avec le consentement de leur Caisse quand le traitement ou l'hospitalisation à l'étranger a été recommandé par le médecin traitant de l'assuré et le médecin-conseil de la Caisse.

Les frais médicaux sont avancés par l'assuré et lui sont remboursés partiellement par la Caisse.

C. — *Exercice de la médecine proprement dite.*

— La liberté d'installation existe.

— Le malade a le libre choix du médecin, aussi bien d'un médecin luxembourgeois que d'un médecin étranger. Dans ce cas, il peut s'agir soit d'un frontalier, soit d'un consultant appelé au Grand-Duché d'un commun accord entre le médecin traitant et le médecin-conseil.

— La liberté de prescription des médicaments est respectée.

— *Les médecins sont payés* par les Caisses suivant le système du tiers payant. Le montant des honoraires varie avec l'indice du coût de la vie.

IV. — ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AU LUXEMBOURG.

A l'exception de l'Office National du Travail chargé du service des indemnités de chômage, les différentes institutions d'assurances forment des établissements publics autonomes placés sous la surveillance du gouvernement.

On distingue :

— l'assurance maladie-maternité-décès ;

— l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ;

— l'assurance invalidité-vieillesse ;

— les allocations familiales ;

— les indemnités de chômage.

Le financement des caisses est assuré par les cotisations des assurés, les employeurs et la contribution de l'Etat. Les caisses de maladie se divisent en caisses régionales et en caisses d'entreprises.

Les caisses recrutent des médecins qui sont liés par contrat collectif conclu entre le syndicat et la caisse et soumis à l'approbation d'une Commission de conciliation et d'arbitrage. Les contrats collectifs ainsi conclus lient non seulement les parties contractantes, mais aussi tous les praticiens du ressort territorial des groupes signataires.

Les caisses donnent aux malades le libre choix aussi bien envers les médecins luxembourgeois qu'envers les médecins étrangers, comme nous l'avons vu précédemment.

Organisation de la médecine aux Pays-Bas

I. — CONDITIONS D'ACCÈS.

A. — *Diplôme.*

La qualité de médecin est obtenue par ceux qui sont reçus aux examens exigés par la loi.

Les examens pour obtenir le doctorat en médecine comprennent :

- la licence qui donne le titre de candidat ;
- l'agrégation qui donne le titre de « doctorandus ».

Celui qui passe l'agrégation demande la qualité de médecin après avoir passé l'examen divisé en trois parties : médicale, chirurgicale et obstétricale. Pour être admis à la première partie, il faut présenter l'affirmation d'un médecin compétent certifiant que le candidat a suivi pendant au moins deux années le traitement médical et chirurgical des malades. Pour l'admission aux deux autres parties, il est demandé l'affirmation d'un médecin compétent certifiant que le candidat a fait au moins dix accouchements normaux et un accouchement dystocique et qu'il possède des connaissances suffisantes en ophtalmologie, O.R.L., maladies vénériennes, maladies de la peau et gynécologie.

Un temps d'assistanat se passe auprès des professeurs ou des médecins agréés chefs de services hospitaliers.

Des professeurs de Faculté, des agrégés, des praticiens constituent le jury de cet examen.

B. — *Nationalité.*

La nationalité néerlandaise *n'est pas exigée* pour exercer.

Les Néerlandais, ou les étrangers, peuvent exercer aux Pays-Bas, à condition d'être titulaires d'un diplôme de médecine néerlandais visé par l'Inspecteur de la Santé Publique. Ils obtiennent alors « l'autorisation » d'exercer et cette autorisation est irrévocable, sauf sur le plan disciplinaire.

Il existe des accords frontaliers avec la Belgique.

C. — *Restrictions.*

Les titulaires d'un diplôme étranger de médecine — qu'ils soient néerlandais ou étrangers, mais qui ont obtenu le droit d'exercer la médecine dans un autre pays — ou ceux qui sont installés en pays étranger le long de la frontière, ont la « permission » d'exercer la médecine aux Pays-Bas ; cette permission est accordée par le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique. Mais cette permission est toujours révocable par le Ministre, celui-ci d'ailleurs peut limiter la durée de la permission jusqu'à ce que l'intéressé subisse avec succès l'examen néerlandais de médecine.

D. — *Conditions de moralité.*

Il n'existe pas de contrôle de la moralité du candidat à l'exercice de la profession.

Toutefois, ceux qui sont reçus à l'examen de médecin doivent, avant d'être admis comme tel, prêter serment devant le Président de la Faculté ou du Comité d'examen.

Il n'existe *pas de Tableau de l'Ordre.*

E. — *Conditions administratives.*

Avant d'exercer en clientèle, les médecins font viser leur certificat de compétence par l'Inspecteur Médical dans le district où ils établissent leur domicile.

Ils font part de leur établissement au maire de la ville sur présentation du certificat visé.

II. — BASES DE DÉONTOLOGIE AUX PAYS-BAS.

A. — *Il n'y a pas de code de déontologie aux Pays-Bas.*

Il n'existe ni lois ni règlements relatifs à la déontologie médicale.

La déontologie est, en fait, composée de coutumes professionnelles recueillies et publiées par l'Association Médicale Néerlandaise. Le recueil d'usages comprend 23 chapitres, notamment des chapitres sur l'Éthique générale, la clientèle du médecin de famille, du spécialiste, le médecin hospitalier, l'établissement, la cession de clientèle, l'assistance, la suppléance, l'association, les honoraires, l'assistance et les assurances sociales, la

médecine du travail, les services sociaux de santé, le secret professionnel, la juridiction, les rapports avec les problèmes religieux, l'expérimentation sur l'homme, le médecin comme malade, le médecin et la presse, etc...

Le règlement intérieur de l'Association comporte des mesures disciplinaires contre les membres qui se conduisent de manière contraire à la dignité de la profession.

B. — *Juridictions disciplinaires.*

L'Association Médicale Néerlandaise confie à une juridiction disciplinaire interne le soin de blâmer ou d'exclure les médecins qui enfreignent la morale médicale traditionnelle.

Il existe aussi une juridiction disciplinaire légale qui a pour but de sanctionner les manquements aux usages professionnels qui peuvent ébranler la confiance des malades envers les médecins ; elle juge les médecins se rendant coupables de telles actions, de négligence préjudiciable à un patient, ou qui font preuve d'une grande ignorance dans l'exercice de la médecine. Cette même juridiction intervient lorsqu'il s'agit de décider si un médecin est incapable de continuer l'exercice de la médecine pour des raisons de maladie mentale ou corporelle, d'infirmités ou de vieillesse.

Les peines sont l'avertissement, la réprimande, une amende, la suspension de la médecine pour la durée d'une année au plus, l'interdiction de l'exercice de la médecine. Les peines graves ne sont prononcées que par les cours de Justice.

III. — EXERCICE DE LA MÉDECINE AUX PAYS-BAS.

A. — *Situation générale des médecins.*

Il y a un médecin pour 1.000 habitants environ. Le médecin se lie sur simple demande par contrat — ou convention individuelle — à une Caisse Générale de Maladie ; un contrat-type a été établi par accord entre l'Association Royale de Médecine Néerlandaise et les organisations des Caisses Générales de Maladie. Le contrat doit être agréé par le Conseil des Caisses de Maladie. De même, le médecin peut faire appel à ce même Conseil en cas de refus de la Caisse. Ce contrat définit les droits et les obligations du médecin et de la Caisse. Il comporte des dispositions relatives aux honoraires, aux obligations du

médecin en ce qui concerne la surveillance de ses malades affiliés à la Caisse (importance des soins à donner, heures de consultation, aménagement de la salle d'attente et de la salle de consultation), l'efficacité des médicaments prescrits et l'envoi aux spécialistes. Ce contrat n'est pas un contrat de travail.

Tous les assurés sont tenus de se faire inscrire auprès d'un « médecin de famille » attaché à la Caisse de Maladie. Le nombre maximum de personnes inscrites par médecin de famille est de 3.000 et le médecin a en moyenne un peu plus de 2.000 inscrits.

Le nombre de médecins de famille attachés aux Caisses est d'environ 4.000.

Le médecin se trouve la plupart du temps dans l'obligation matérielle de « recruter » le plus vite possible le maximum d'inscriptions de malades, si bien qu'il est surchargé de travail. Chaque assuré étant soigné gratuitement, n'hésite pas à venir très souvent consulter et le médecin en arrive à ne plus pouvoir consacrer à chaque malade le temps nécessaire pour un examen convenable. On a évalué à 50 personnes au moins le nombre de malades que le médecin voit par jour. D'autre part, faute de temps, le médecin arrive à ne plus s'intéresser au progrès scientifique et à son propre perfectionnement.

Le médecin de famille est tenu de veiller lui-même à son remplacement en cas de maladie, vacances ou tout autre raison. Il existe quelques médecins salariés affectés à des dispensaires, comme en Belgique.

Les spécialistes sont également affiliés aux Caisses. Les malades sont adressés aux spécialistes à la demande du médecin de famille. Le spécialiste donne des soins en polyclinique aux malades qui se présentent pendant ses heures de consultation, pratique des soins hospitaliers à ceux admis en clinique et fait des visites à domicile.

B. — *Situation hospitalière.*

Tout hôpital, à la demande de sa direction, a le droit de passer une convention avec une Caisse de Maladie.

Le médecin affilié à une Caisse étant limité dans ses prescriptions, adresse souvent directement un malade à un spécialiste qui, n'ayant lui-même ni le temps, ni la possibilité de faire à sa consultation tous les examens qu'il désire, préfère admettre

le malade en observation à l'hôpital, d'où le grand nombre d'admissions à l'hôpital uniquement pour des mises en observation.

C. — *Situation des malades.*

Les trois quarts de la population des Pays-Bas sont affiliés à des Caisses d'Assurances Sociales.

Les assurés ont le libre choix entre tous les omnipraticiens et spécialistes de leur circonscription affiliés à la Caisse et sont tenus de se faire inscrire sur la liste du médecin de leur choix. Chaque assuré a le droit de changer 2 fois par an au maximum de médecin, sauf en cas de raison valable (déménagement par exemple). L'assuré a le libre choix de l'hôpital si cet hôpital est agréé par la Caisse.

Chaque assuré consulte le médecin gratuitement, selon le système du tiers-payant. Il consulte ainsi très souvent, même pour des affections très bénignes ou pour n'obtenir qu'une ordonnance (aspirine, coton...), puisqu'il sera remboursé de ces médicaments par la Caisse.

D. — *Exercice de la médecine proprement dite.*

— Liberté d'installation.

— Liberté du choix des omnipraticiens, des spécialistes et des hôpitaux, agréés par les Caisses ; de ce fait ce n'est pas un libre choix absolu.

— La liberté de prescription est très restreinte, car seul un petit nombre de médicaments sont autorisés par les Caisses,

Lorsque le médecin estime que tel traitement exceptionnel est nécessaire, il est obligé de se livrer à un long échange de correspondance avec la Caisse pour obtenir l'autorisation de le prescrire. Le spécialiste, par contre, bénéficie d'une plus grande tolérance dans ses prescriptions.

— Les honoraires sont basés sur le système du tiers-payant.

Le médecin reçoit une rétribution annuelle en fonction du nombre de personnes inscrites sur sa liste. Une rétribution supplémentaire est versée à ceux qui se trouvent dans les régions où la population est très clairsemée et dans les régions isolées : îles.

Il reçoit des allocations fixes attribuées pour les accouchements, en cas de soins apportés aux personnes qui séjournent en dehors du lieu de leur résidence et qui consultent un médecin au nom duquel elles ne sont pas inscrites, ainsi que pour les soins dispensés aux gens de mer et au personnel de la navigation intérieure.

Il obtient des indemnités de déplacement dans les cas où il est appelé à donner des soins à des personnes qui séjournent en dehors du lieu de leur résidence ou en un lieu situé au delà d'une distance donnée du domicile du médecin.

Les spécialistes sont payés par la Caisse quand l'omnipraticien dirige vers eux le malade. Les honoraires sont fixés par négociations entre le Conseil des Caisses et l'Association des Médecins.

II. — ORGANISATION ET INFLUENCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AUX PAYS-BAS.

Il existe de nombreuses Caisses. Les Caisses de maladie sont indépendantes et gérées par les assurés, les médecins, les dentistes et les pharmaciens.

Il existe des Caisses Mutuelles créées par le Syndicat Ouvrier et gérées par les assurés eux-mêmes. On trouve également des Caisses Industrielles.

Les Caisses concluent une convention avec tout médecin spécialiste et les différents hôpitaux.

Les fonds sont versés par les assurés, les employeurs et la contribution de l'Etat.

On distingue :

- l'assurance maladie-maternité ;
- l'assurance invalidité-vieillesse ;
- l'assurance contre les pertes pécuniaires en cas d'accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- les allocations familiales ;
- l'assurance indemnité d'attente ;
- l'assurance chômage ;
- l'assurance vieillesse générale.

En ce qui concerne l'assurance maladie-maternité, il existe une distinction entre les prestations en nature et les prestations en espèces, qui font les unes et les autres l'objet de réglementations particulières.

Le médecin et le spécialiste adressent très souvent les assurés dans les hôpitaux et tout ceci amène financièrement un surcroît de dépenses pour les Caisses, qui payent ainsi de nombreuses et coûteuses journées d'hospitalisation fréquemment inutiles, d'où un déficit croissant plus ou moins comblé par l'augmentation régulière des cotisations des assurés.

En somme, on peut constater que le médecin des Pays-Bas ressemble à celui de l'Italie, mais le médecin hollandais a une liste d'inscrits deux fois plus importante que le médecin italien. Il en résulte une rémunération supérieure et un travail d'autant plus intensif que la liste se rapproche du chiffre maximum autorisé.

De ce fait, et malgré les efforts des médecins, il est de plus en plus difficile de maintenir une bonne qualité des actes médicaux, le coût de la médecine est de plus en plus élevé, les malades sont bien souvent mécontents et ont tendance à rendre les médecins responsables du fonctionnement du système.

Organisation de la médecine en Grande-Bretagne

I. — CONDITIONS D'ACCÈS.

A. — *Diplôme.*

Le diplôme anglais est délivré aux titulaires du « General Certificate of Education », équivalent du baccalauréat, ayant accompli cinq années de Faculté suivies d'une année d'internat obligatoire dans un ou plusieurs hôpitaux agréés, et qui ont passé l'examen final portant sur trois matières : médecine, chirurgie et obstétrique. Ils doivent ensuite obtenir « l'immatriculation définitive » du Conseil de l'Ordre.

Le diplôme peut être accordé par de nombreuses organisations professionnelles après une série d'examens dont les programmes et le niveau sont contrôlés par le Conseil National de l'Ordre.

L'immatriculation définitive peut être obtenue, après accord du Conseil de l'Ordre, par toute personne titulaire d'un diplôme

reconnu dans l'un des pays du Commonwealth avec lesquels l'Angleterre a conclu des accords de réciprocité.

Il est intéressant de noter qu'en Angleterre le General Certificate of Education est nécessaire, mais pas suffisant pour entrer en Faculté ; les Facultés anglaises décident en effet d'avance le nombre de places disponibles selon les possibilités budgétaires et dans une certaine mesure selon les besoins futurs du pays ; elles organisent un concours d'entrée quand le nombre d'étudiants dépasse le nombre prévu.

B. — *Nationalité.*

La nationalité britannique n'est pas exigée pour exercer la médecine en Angleterre.

C. — *Restrictions.*

Les personnes titulaires d'un diplôme étranger doivent obtenir une autorisation d'exercer du Ministère de l'Intérieur ; elles n'ont aucun droit à l'immatriculation définitive ; mais elles peuvent travailler à titre temporaire dans un hôpital ou un établissement agréé et obtenir leur immatriculation provisoire.

D. — *Conditions de moralité et administratives.*

Le médecin doit se faire inscrire au *Tableau de l'Ordre*.

Le Conseil de l'Ordre enregistre les titres et certificats de ce médecin.

II. — BASES DE DÉONTOLOGIE EN ANGLETERRE.

A. — *Il n'y a pas de Code de Déontologie écrit en Angleterre.*

La réglementation de la profession est définie par un statut légal. Il existe un droit coutumier bien précisé et connu des médecins. C'est le Conseil National de l'Ordre, créé en 1858, qui est chargé de maintenir les règles de la Déontologie Médicale.

Le Conseil :

— a le devoir de tenir à jour le Tableau de l'Ordre et tient le registre des personnes qualifiées ;

— a un pouvoir disciplinaire ;

— veille sur les programmes et le niveau des études médicales, sur la valeur pédagogique des postes proposés pour le stage interne ;

— est habilité par la loi à reconnaître les diplômes des Facultés du Commonwealth ou de pays étrangers.

B. — *Juridictions disciplinaires.*

Le Conseil a le pouvoir de juger tout médecin qui s'est « éloigné du droit chemin professionnel par un comportement répréhensible ». Toute condamnation pour crime ou délit par les tribunaux est communiquée obligatoirement au Conseil de l'Ordre.

Le Conseil peut ainsi, en rayant le nom du médecin d'un registre, prononcer l'exclusion de ce médecin lors de délit grave.

Le Conseil n'a pas d'autre sanction que l'exclusion. Il n'y a pas d'amende par exemple. Pour les délits moins graves, le Conseil réserve sa décision pendant un certain temps. Lorsqu'un médecin a été exclu, il peut obtenir sa réinscription si sa conduite en est jugée digne. Le nom des médecins condamnés par les Tribunaux professionnels est publié.

III. — EXERCICE DE LA MÉDECINE EN ANGLETERRE.

A. — *Situation générale des médecins.*

Il y a un médecin pour 1.000 habitants environ.

Trois branches principales sont ouvertes au jeune médecin : médecine générale, médecine hospitalière et la Santé Publique ou médecine administrative.

Le médecin qui veut faire de la médecine générale accomplit habituellement un an comme assistant stagiaire auprès d'un médecin approuvé en tant que « maître de stage » par le Conseil.

Les médecins peuvent pratiquer la médecine privée, mais la plupart sont inscrits au National Health Service (N.H.S.), qui ne leur interdit pas d'avoir une clientèle privée.

Le médecin se lie au N.S.H. par un contrat précisant qu'il doit « assurer toutes les consultations et traitement médicaux nécessaires ». Pour appartenir au N.S.H. il doit obtenir l'autorisation des autorités dont dépend la circonscription dans laquelle il désire exercer.

Le médecin du N.H.S. a une liste de malades inscrits. Cette liste ne doit pas comporter plus de 3.500 malades. Le médecin peut admettre sur sa liste, ou refuser sans donner de raison, tout malade qui désire venir chez lui. Mais une fois que le malade est admis, le médecin est tenu de lui assurer ses soins pendant toute l'année. Il est responsable des actes de son remplaçant. Il doit se tenir à son cabinet à des heures régulières, prendre en consultation chacun de ses malades qui désire être examiné, ou se rendre en visite au domicile des malades à condition que celui-ci habite à une distance raisonnable.

Le médecin n'a pas le droit de prendre en clientèle privée un malade inscrit sur sa liste du N.H.S.

Le médecin a tendance à accroître sa liste autant que possible et à consacrer moins de temps à chaque malade ; certains médecins voient jusqu'à 100 malades par jour.

Il a toute facilité pour envoyer un malade à un spécialiste ou à l'hôpital.

Il peut demander à son malade d'aller voir un autre médecin, et peut l'obliger à le faire 14 jours après le lui avoir conseillé.

Les autorités peuvent obliger un médecin à admettre un malade qui ne trouve pas de médecin du N.H.S.

A noter, que dans certaines régions isolées, certains médecins font office de pharmacien auprès de leurs malades.

— Les spécialistes sont attachés aux hôpitaux. Leur nombre est limité. Ils sont en général à mi-temps et sont libres d'avoir une clientèle privée. Les spécialistes des hôpitaux sont disponibles pour les consultations à domicile à la demande du médecin traitant et n'acceptent de voir un malade que s'il est adressé par son médecin traitant.

B. — *Situation hospitalière.*

Le personnel est composé de médecins salariés travaillant à plein temps. Les spécialistes travaillent à temps partiel et ont l'entière responsabilité de tous les malades examinés à l'Hôpital.

Les « patrons » sont généralement à mi-temps sauf dans les services professoraux ; la seule différence entre un patron et un professeur en Angleterre est que ce dernier accepte le plein temps en contre-partie de son titre.

Le service hospitalier est entièrement gratuit.

Les hôpitaux sont surchargés car d'une part, le médecin de médecine générale envoie facilement à l'hôpital les cas dont le diagnostic est difficile ou long à établir et d'autre part, les hôpitaux regorgent de vieillards car l'hospitalisation est gratuite. Il est très difficile de faire entrer un malade à l'hôpital sauf en cas d'urgence chirurgicale ou en cas de maladie sans équivoque possible.

Le médecin hospitalier a peu de contact avec le médecin de l'extérieur et cela a une grande répercussion sur l'étudiant qui est instruit par des spécialistes et acquiert ainsi plus ou moins une mauvaise idée de la médecine générale ; au moment où il reçoit son diplôme, s'il choisit la médecine hospitalière il sera d'abord interne puis « sous registrar », « registrar » et enfin consultant. Peu, en fait, arrivent au sommet et il y a dans l'hôpital un grand nombre de registrar et peu de consultants.

Il y a un grand nombre de médecins étrangers dans les hôpitaux.

C. — *Situation des malades.*

90 % des Anglais sont inscrits au N.H.S. et sont soignés entièrement dans le cadre de cet organisme. Les soins sont pratiquement gratuits, alors que très onéreux en médecine privée.

Le malade qui se fait soigner par un médecin privé peut demander des examens ou traitement au nom du N.H.S. par mesure d'économie. Le malade dont le médecin est inscrit au N.H.S. peut consulter un spécialiste privé et subir une opération aux frais du N.H.S.

Le malade choisit librement son médecin et se fait inscrire sur sa liste. Il verse 2 shillings au pharmacien pour chaque article ou médicament mentionné sur l'ordonnance.

D. — *Exercice de la médecine proprement dite.*

— Liberté d'installation restreinte.

Le jeune médecin débute généralement comme associé dans un cabinet ou remplace un médecin décédé ou parvenu à la retraite. Il n'a pas à acheter sa clientèle et ne peut pas, non plus, la vendre. Il doit se procurer au besoin des locaux et l'équipement nécessaires. Une fois installé, il ne pourra pas facilement envisager de changer de région du fait qu'il ne peut ni vendre, ni racheter une autre clientèle.

C'est le N.H.S. qui a racheté les clientèles et a interdit leur vente ou leur achat, d'où impossibilité pour le médecin d'échanger une clientèle.

— Le secret professionnel est respecté.

— Le malade a le libre choix relatif.

Le malade choisit son médecin N.H.S. et peut changer lorsqu'il le désire, soit avec le consentement de son premier médecin, soit après 14 jours s'il n'a pas eu ce consentement. Il ne doit fournir aucune raison mais sa liberté de choix s'arrête là. Si le malade doit consulter un spécialiste, il doit aller là où son médecin l'envoie même s'il a une préférence ; que ce soit pour aller chez un spécialiste ou à l'hôpital, les objections sont rares puisque tout est gratuit.

— Liberté de prescription très restreinte.

La quantité et la nature des médicaments sont strictement réglementées. Ne peuvent être ordonnés que les médicaments figurant sur le « Formulaire National ».

Les remèdes sont prescrits généralement sur un formulaire standard. Des médecins ont eu des amendes à payer pour avoir prescrit des « médicaments hors liste ».

— En ce qui concerne les honoraires, c'est le système de la capitation basé sur le tiers-payant.

Le médecin reçoit du N.H.S. une somme fixe par an pour chaque malade de sa liste. La rémunération est basée sur l'importance de sa liste et non sur le nombre de fois qu'il voit chaque malade. Il est payé en principe régulièrement au début de chaque trimestre.

Un médecin âgé dont la liste est restreinte peut recevoir une rémunération supplémentaire.

Des suppléments d'honoraires sont prévus pour les accouchements. Il existe des primes dans les régions dépeuplées et des indemnités de transport dans les régions rurales.

La retraite du médecin est constituée par des cotisations automatiquement prélevées sur son compte.

Les spécialistes sont payés par le gouvernement. Quand ils font des consultations à domicile à la demande du médecin, ils reçoivent des honoraires pour chaque consultation.

— Contrôle des actes.

Les autorités envoient régulièrement à chaque médecin un relevé du coût de ses ordonnances avec l'indication de la moyenne d'ordonnances par malade qu'il doit respecter. Si le médecin ordonne certains médicaments à prix élevés ou ne figurant pas sur le Formulaire National, il doit payer des amendes.

IV. — ORGANISATION ET INFLUENCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN ANGLETERRE.

Le National Health Service a été créé en 1941, il est pris en charge directement par l'Etat. C'est un système d'organisation, d'administration et de financement de services médicaux qui donne les soins gratuits sur le plan médical, hospitalier, dentaire et pharmaceutique. Il est financé presque totalement par les impôts directs.

Ce système a une répercussion sur la qualité des soins, car beaucoup de médecins ont tendance à augmenter le plus possible leur liste et à voir ainsi les malades rapidement ; de plus, ces médecins sont dérangés très fréquemment et à n'importe quelle heure, trop souvent pour des raisons futiles. D'autre part, ils constatent une immixtion de plus en plus grande de la bureaucratie dans la pratique de la médecine — ils ont un nombre invraisemblable de formules à remplir — et, surtout, une scission entre la médecine générale et la médecine hospitalière qui se précise de jour en jour. De nombreux médecins anglais ont ainsi préféré quitter leur Pays pour aller s'établir aux U.S.A., en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Canada, etc..., et le N.H.S. a largement ouvert ses portes à des médecins étrangers, principalement Hindous et Pakistanais.

En outre, le système coûte cher. Le budget prévu à l'origine a rapidement dû être multiplié par cinq, ce qui pourrait être représenté comme étant un progrès social s'il ne s'agissait en réalité que d'une consommation d'actes médicaux bien souvent abusive, de frais hospitaliers fréquemment inutiles, et de l'existence, pour la marche du système, de deux ou trois fonctionnaires pour un médecin.

Organisation de la médecine en France

I. — CONDITIONS D'ACCÈS.

A. — *Diplôme.*

Seuls peuvent exercer les titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine.

Les étudiants font cinq années d'étude et un stage interné en sixième année. A la fin de ce stage ils doivent passer un examen dans les trois cliniques d'enseignement : médicale, chirurgicale et obstétricale. La soutenance d'une thèse est ensuite obligatoire pour obtenir le titre de Docteur en Médecine.

B. — *Nationalité.*

Nul ne peut exercer en France s'il n'a pas la nationalité française.

Le Code de la Santé Publique reconnaît qu'un étranger peut exercer en France s'il y a un accord de réciprocité entre les deux pays et si l'équivalence des valeurs scientifiques des diplômes est reconnue. En fait, aucune accord de ce genre n'est intervenu avec les cinq autres pays de la C.E.E.

Des traités ont été conclus pour l'exercice de la médecine frontalière avec la Belgique et le Luxembourg.

Un médecin étranger peut exercer dans un hôpital étranger établi en France et reconnu d'utilité publique avant 1949 ; il doit obtenir l'autorisation d'exercer du Ministère de la Santé Publique et être inscrit au Tableau de l'Ordre.

C. — *Restrictions.*

Tout médecin étranger peut venir dans les hôpitaux français, mais il ne peut ni consulter, ni prescrire, ni intervenir sauf en cas d'urgence.

D. — *Conditions de moralité.*

Il faut être inscrit au *Tableau de l'Ordre* des médecins pour pouvoir exercer (sauf pour les médecins de l'Armée et les médecins fonctionnaires sans clientèle privée). L'inscription au Tableau est prononcée par le Conseil Départemental après

avoir vérifié les titres de médecin et obtenu l'extrait de son casier judiciaire.

Il est de coutume en France de faire prêter le serment de respecter les règles coutumières et traditionnelles de la profession.

E. — *Conditions administratives.*

Le médecin doit dans le mois qui suit son établissement faire enregistrer son titre à la préfecture et au greffe du Tribunal Civil. Le non-enregistrement est puni d'amende.

II. — BASES DE LA DÉONTOLOGIE EN FRANCE.

A. — *Il existe un Code de la Déontologie en France.*

Il a été rédigé par le Conseil National de l'Ordre et soumis au Conseil d'Etat ; il est édicté sous la forme d'un règlement d'administration publique publié en 1947 et remanié par le décret de 1955. Il comprend 80 articles, l'article 8 énonce les principes du libre choix, de la liberté de prescription, de l'entente directe, qui constituent avec le secret professionnel, la Charte médicale. Le Code prévoit des dérogations à ces principes en faveur des institutions de médecine sociale. Le Code comprend les titres suivants : devoirs généraux des médecins — devoirs des médecins envers les malades — devoirs généraux des médecins — devoirs des médecins de médecine sociale — devoirs de confraternité — devoirs envers les professions paramédicales et auxiliaires médicaux — dispositions diverses.

Le Code confie à l'Ordre des Médecins de veiller à l'observation par tous ses membres des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de Déontologie, au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

B. — *Juridictions disciplinaires médicales.*

Les juridictions sont constituées par les Conseils régionaux et la section spéciale du Conseil National qui ont la personnalité civile ; l'Ordre n'a pas la personnalité civile. Les Conseils départementaux n'ont pas de caractère juridictionnel.

Le Conseil régional de l'Ordre, depuis la réforme des assu-

rances sociales en 1960, n'a plus la possibilité de juger des abus et des fautes techniques des médecins qui soignent les assurés sociaux. Une section spéciale du Conseil régional a été instituée sous la présidence du Président du Tribunal administratif ; ce conseil comprend une minorité de médecins.

L'instance d'appel est la Section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre présidée par un Conseiller d'Etat nommé par le Ministre de la Justice.

Les sanctions sont : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire — ne pouvant excéder trois ans — ou permanente d'exercer, la radiation au Tableau de l'Ordre.

III. — EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE.

Les médecins comme les spécialistes ont la plus grande liberté :

— Liberté d'installation.

— Respect du secret professionnel.

— Liberté de choix du malade, affectée dans une certaine mesure par les différences de remboursement des honoraires selon que les médecins sont « conventionnés » ou ne le sont pas.

— Liberté de prescription à peu près complète.

— Honoraires : le malade honore directement le médecin et se fait rembourser par la Sécurité Sociale.

IV. — ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN FRANCE.

Tous les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre sont habilités « à exercer dans le domaine de la Sécurité Sociale ». Depuis la réforme par décret du 12 mai 1960 on distingue :

Départements conventionnés :

Le Syndicat des médecins signe une convention collective avec les Caisses de Sécurité Sociale. Tous les médecins syndiqués ou non de la circonscription donnent droit au malade, par la signature des feuilles de maladie, à un remboursement dans la proportion de 80 % des honoraires déboursés, sauf dépassement de tarif, exigences particulières du malade ou notoriété du praticien.

Départements non conventionnés :

Il y a deux catégories de médecins :

— ceux qui ont adhéré individuellement aux clauses de la convention type donnant droit à un tarif de remboursement égal au tarif conventionnel en vigueur dans la même zone d'honoraires ; l'adhésion individuelle du médecin n'est pas en fait une convention individuelle, mais le médecin décide d'observer les tarifs plafonds ;

— ceux qui n'ont pas adhéré à la convention type ; le remboursement des honoraires est alors calculé sur un tarif inférieur à la moitié du tarif conventionnel.

Les malades sont donc remboursés par la Sécurité Sociale :

— sur la base de 80 % si le médecin a signé une convention ;

— d'une manière partielle si le médecin n'est pas conventionné.

La majorité des médecins français pense actuellement qu'une convention nationale serait souhaitable pour assurer le remboursement de 80 % à chaque assuré, mais un grand nombre d'entre eux réclament une convention véritable, c'est-à-dire discutée comme toutes les conventions selon le mode habituel réglé par le Code du Travail. En outre, ils demandent le maintien de la médecine à l'acte car ils estiment, à la faveur des expériences étrangères, qu'une médecine de qualité exige un nombre d'actes limité, et non pas l'invraisemblable travail à la chaîne imposé par le fonctionnement des systèmes en vigueur dans de nombreux Pays de la Communauté Européenne. Ce problème de la limitation des actes implique à son tour que le taux des honoraires soit établi à un niveau « honorable » et que leur remboursement ne donne pas lieu à des discriminations, selon que les assurés, dont les cotisations sont équivalentes, s'adressent à tel ou tel médecin adhérent ou non au système conventionnel dans son état actuel. Ce taux des honoraires ne saurait d'ailleurs être établi qu'après « entente directe » entre médecin et malade selon une appréciation des actes accomplis, ou après accord collectif librement discuté sans pression autoritaire.

EN RÉSUMÉ, c'est en France que se joue actuellement la recherche d'un équilibre entre les exigences de l'évolution sociale et le maintien d'une médecine adaptée à des hommes qui se veulent libres. Un tel équilibre doit être trouvé dans un *système conventionnel librement discuté* avec une définition précise des rapports devant exister entre le Corps médical qui dispense les soins curatifs et les examens préventifs, et les organismes d'assurances sociales qui remboursent totalement ou partiellement, — *mais c'est une affaire d'assurances et non plus de médecine* —, les frais entraînés par les soins et les examens. Ces organismes doivent également payer aux assurés, — *mais c'est une affaire sociale* —, des indemnités journalières aussi élevées que possible lorsque les maladies ou les accidents obligent à un arrêt de travail. Ce n'est que vers un tel équilibre d'*insubordination réciproque* que la raison conseille de s'orienter, puisque les expériences en cours dans les différents Pays européens aboutissent d'une part, à une certaine « désertion des élites » des carrières médicales, d'autre part à une élévation désordonnée des dépenses et, en fin de compte ce qui est peut-être encore plus grave, à l'insatisfaction des malades parfaitement conscients de voir leur individualité se fondre dans la masse et qui sont alors poussés à utiliser le système pour les petits soins ou les hospitalisations, mais à rechercher, lorsqu'ils veulent être considérés comme des hommes libres avec leur personnalité particulière, le rendez-vous presque clandestin avec le médecin de leur choix.

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS PRATIQUES SUR QUELQUES PROBLEMES POSES PAR LE DROIT D'ETABLISSEMENT

Ce panorama des différentes conditions d'accès et d'exercice de la profession médicale dans les pays de la Communauté Européenne, donne une certaine idée de l'ampleur et de la difficulté des problèmes à résoudre pour que soient réalisés, dans les délais prévus, les objectifs du Traité de Rome. Il nous permet de mieux comprendre la prudence des rédacteurs du Traité et de ceux qui ont la mission d'en assurer le développement. Mais il nous autorise également à interpréter avec vigilance le jugement de ceux qui voudraient, sous couvert des dispositions du Traité, apporter des bouleversements considérables dans les législations sociales. Nous l'avons vu, et nous y reviendrons, si les différents systèmes d'assurance-maladie ont, en notre temps, une influence fort importante sur les conditions d'accès à la profession comme sur ses conditions d'exercice, il faut redire encore que l'absence de structures européennes démocratiquement et définitivement établies, ne permet pas d'envisager une modification profonde des législations allant dans le sens de telle ou telle perspective de planification économique ou de progrès social. Dans ce domaine également, le Traité de Rome envisage une harmonisation, comme il envisage pour l'accès et l'exercice de la profession médicale, une coordination. Certes, il faut beaucoup de subtilités pour saisir le sens convenable qu'il convient de donner à ces mots, afin de dégager l'esprit du Traité et de lui rester fidèle.

Continuons d'avancer dans la définition des problèmes posés, en nous situant maintenant face aux réalités concrètes. Nous étudierons successivement :

- l'importance possible des migrations ;
- le contrôle de la moralité du médecin migrant ;
- les modalités de l'installation de ce médecin dans un pays autre que son pays d'origine.

L'importance possible des migrations

Remarquons immédiatement que ce terme de « migrant », employé dans les discussions actuelles, n'est pas dans l'esprit du Traité puisque chaque médecin aura la possibilité « de se sentir chez lui » dans tous les pays de la Communauté, une fois la profession « libérée ». Adoptons-le pour la commodité de la compréhension et précisons bien que *le Traité de Rome ne prévoit aucune régulation des migrations des professionnels à l'intérieur des six pays. Bien plus, le Traité ne permet pas que la libre circulation des personnes, donc des professionnels, puisse être entravée d'une façon quelconque.*

Il ne saurait donc être question de contingenter les échanges de médecins de pays à pays, ni d'instituer une quelconque réciprocité. Comme le dit M. J. Mignon, « la seule forme d'action concrète qui soit actuellement possible en ce domaine, tant d'ailleurs sur le plan national que sur le plan européen, semble être un effort permanent d'études statistiques portant sur la démographie médicale par forme et par lieu d'exercice dans les six pays, tâche entreprise récemment en France par le Centre de Démographie et de Sociologie médicales. Si de telles études sont menées à bien dans les cinq autres pays membres, il sera possible d'agir par une répartition harmonieuse des professionnels, par l'information systématique des jeunes diplômés au moment où, ayant acquis la formation de base, ils s'orientent soit vers l'installation, soit vers la spécialisation, soit vers l'exercice de la médecine dans le cadre d'une organisation administrative publique ou privée. La liberté d'installation, dans le cadre européen, sera d'autre part d'autant mieux supportée par le Corps médical de chacun des six pays membres, que la concurrence sera moins âpre et moins redou-

tée entre les professionnels. Le Marché Commun constitue en lui-même une solution à ce problème : en contribuant à élever, comme il l'a déjà fait, le niveau de vie et le revenu moyen par tête d'habitant des six Pays, il accroît ainsi les besoins médicaux qui (comme l'a démontré la récente enquête du C.R.E.D.O.C. sur les dépenses des ménages de 1950 à 1960) augmentent plus vite que le revenu national lui-même. En France, durant la dernière décennie, la consommation des actes médicaux a doublé, alors que le revenu moyen par tête ne s'accroissait que de 40 %. Dans le même temps, la densité médicale suivait à peu près la courbe du revenu national. D'ici 1967, il y a tout lieu de penser que les mêmes phénomènes vont se perpétuer, et sans doute s'accroître. Autrement dit, bien loin qu'il y ait pléthore, un manque de professionnels qualifiés se fera sentir dans le domaine médical, et les migrations professionnelles ne se feront donc pas dans une atmosphère concurrentielle. L'application du Traité de Rome dans le domaine médical en sera ainsi, croyons-nous, grandement facilitée ».

Cependant, dans le cadre politique actuel de l'Europe, où demeurent encore des sociétés particulières attachées à leurs habitudes et à leurs traditions, il est certain que la libération du droit d'établissement soulève dans certaines fractions du Corps médical de l'Europe des six de lourdes inquiétudes, particulièrement dans les Pays qui ont une densité médicale notablement plus faible que celle de ses voisins. Or le *Traité de Rome est fondé sur un libéralisme intégral* et ne prévoit aucune possibilité d'influer sur les problèmes de démographie médicale. Théoriquement, la concurrence sera libre. Il est permis cependant de penser que les déplacements ne seront pas aussi massifs que certains le redoutent. « L'obstacle de la langue, des mœurs, des différences de réglementation sociale, les habitudes différentes en matière de prescription et de pharmacopée, tout jouera pendant les premières années pour limiter l'exercice du droit d'établissement à quelques individualités dans les zones frontalières. Il n'en ira peut-être autrement que dans les territoires d'Outre-Mer, en Algérie et dans les Républiques Africaines nées de la décolonisation européenne et qui sont rattachées conventionnellement au Marché Commun. Mais il dépend des Gouvernements intéressés de prendre les mesures propres à trouver les médecins nationaux pour répondre aux

Besoins médicaux de ces populations : il suffit de leur offrir les sécurités et les garanties de carrière susceptibles de les décider à s'engager dans cette voie. En Europe, après quelques années de rodage et d'échange d'étudiants et de stagiaires entre les Centres hospitaliers et universitaires des six Pays, le mouvement se développera peut-être, facilité par la communauté de formation. Il perdra alors ce qu'il aurait pu avoir de choquant initialement pour les habitudes et la psychologie nationales ».

Ce jugement de M. J. Mignon rejoint les considérations que nous avons déjà formulées en ce qui concerne le droit d'établissement. Dans l'esprit même du Traité, la coordination doit être recherchée « en vue de faciliter l'accès et l'exercice » des activités non salariées, mais en ce qui concerne les professions médicales cet objectif n'est pas précisé dans le paragraphe 3 de l'article 57 où l'on parle simplement de coordination préalable à la libération. Cela nous a permis de penser que, pour les professions médicales, la coordination des conditions d'exercice avait un caractère plus général que pour les autres activités non salariées. Il ne faut pas oublier cette nuance dont les interprétations peuvent être orientées selon des perspectives diverses. Nous pensons qu'il est souhaitable d'envisager tout d'abord une « communauté de formation », de créer la « mise sur pied d'égalité de tous les professionnels », d'instituer en quelque sorte le « nouveau régime » qui sera demain celui des étudiants actuels, chacun restant chez soi tant que la coordination telle que nous l'avons définie, n'est pas devenue une réalité dont les modalités auront été acceptées par l'ensemble des médecins de l'Europe.

Le contrôle de la moralité du médecin migrant

Mais le Traité de Rome, ne l'oublions pas, exige que rien ne puisse s'opposer à la libération des professions médicales à partir de janvier 1968. Quoi de plus naturel alors de penser, comme certains, qu'à la faveur de cette libération, « la possibilité soudaine sera donnée aux « ratés » et aux « indésirables » de la profession de quitter le lieu et le pays de leur échec et de chercher fortune ailleurs ». Est-il réellement possible d'envisager que ceux qui utiliseront en priorité le droit d'établisse-

ment seront les médecins qui voudront tenter de refaire ailleurs une carrière compromise chez eux par un certain discrédit professionnel ? Bien entendu cela est possible, mais les candidats à une telle expérience n'auront pas la tâche facilitée.

En effet, avant toute libération, interviendra la coordination. « Les diverses réglementations des six Pays auront en matière de formation globale des exigences équivalentes. Il en ira de même en ce qui concerne le respect des règles fondamentales de déontologie qui, avec des formations différentes, se retrouvent déjà peu ou prou dans chacun d'eux. Il existera partout, il existe d'ailleurs déjà, des juridictions disciplinaires susceptibles d'appliquer des sanctions en cas d'infraction » (J. Mignon). Nous savons que les différents Etats-membres imposent aux candidats à la profession certaines conditions de moralité. Il ne s'agit pas du respect de la déontologie professionnelle qui prend cours avec l'exercice de la profession, mais plutôt de conditions imposées à l'accès. On peut alors se demander si, de telles conditions étant très comparables dans les six Pays, la preuve de leur possession ne devrait pas en être fournie par le Pays d'origine. Le Comité permanent des Médecins de la C.E.E. a exprimé le vœu que « l'établissement d'un médecin ne soit possible qu'après avis motivé, sollicité et obtenu du Pays d'origine ». Or dans ce texte il ne s'agit pas seulement des conditions de moralité exigées à l'accès de la profession, mais également du comportement du médecin ayant déjà pratiqué. Cette exigence n'est pas tout à fait conforme à l'esprit du Traité, puisqu'elle sous-entend que le médecin migrant a déjà exercé la médecine dans son Pays. Il paraît au moins nécessaire d'obtenir, que le médecin migrant produise aux autorités compétentes du Pays d'établissement une attestation de l'autorité compétente du Pays d'origine ou du Pays de formation, établissant qu'il a régulièrement obtenu le droit d'exercer dans ce Pays et qu'il n'est sous le coup d'aucune interdiction temporaire ou définitive d'exercer.

Mais cela n'est pas suffisant. Puisque le médecin migrant devra être traité comme le médecin national du Pays où il désire s'établir, il devra subir les mesures applicables en droit interne en cas de déplacement d'un médecin national d'un département à l'autre. Cela implique notamment la transmission de son dossier de l'autorité compétente du lieu d'établisse-

ment ou de formation d'origine à l'autorité compétente du nouveau lieu d'établissement. « Cette transmission devrait porter sur toutes les pièces du dossier, en particulier sur les documents concernant les sanctions pénales ou disciplinaires en cours, ou les plaintes dirigées contre l'intéressé ». Remarquons ici que parfois ce dossier n'existe pas ; c'est le cas de la Hollande, en l'absence de toute organisation ordinale. En outre dans ce Pays, le casier judiciaire a une vie juridique bien plus brève qu'en France, ce qui pourrait, éventuellement, poser de délicats problèmes juridiques. En France en particulier, le Conseil départemental du lieu choisi pour l'établissement, serait en droit, au vu du dossier, de refuser l'inscription au Tableau du médecin migrant, même si ce dernier n'est pas frappé dans son Pays d'origine par une décision de suspension temporaire en cours. Cette possibilité ne serait pas applicable au seul médecin migrant, puisque le Conseil départemental peut théoriquement refuser, pour des raisons de moralité, l'inscription d'un médecin en droit d'exercer mais changeant de résidence professionnelle à l'intérieur du territoire national.

Nous voyons ainsi combien il serait aisé, en principe, de limiter les possibilités de l'établissement, au nom de la qualification morale. Cependant, le contrôle de la moralité ne saurait en aucun cas servir de prétexte à une protection des médecins nationaux contre la migration de médecins des cinq autres Pays : le Traité de Rome est formel, rien ne doit s'opposer à la libre circulation. En dehors des voies de recours prévues par la législation interne, le médecin migrant qui se verrait ainsi opposer un refus pourrait faire connaître le litige aux autorités de son Pays ou à la Commission de Bruxelles. Toutes deux seraient en droit d'en saisir la Cour de Justice de la Communauté.

Pour les raisons indiquées, les migrations ne seront probablement pas massives dans les premières années de la libération des professions médicales, ce qui facilitera la solution à ce problème de la moralité. Une fois encore, il paraît sensé de bien organiser la coordination sous tous ses aspects, afin de rendre aisément réalisable, ensuite, le droit d'établissement. Puisque l'échéance est fixée, et qu'il n'est pas présomptueux d'admettre qu'en 1968 tout ne soit pas parfaitement agencé dans les mécanismes de la coordination, c'est en définitive, à

chaque médecin, dans les six pays, qu'il appartiendra de prendre conscience de ses responsabilités.

Modalités d'installation du médecin migrant

Si l'on suppose résolu le problème de la qualification morale, donc l'autorisation virtuelle de s'installer acquise pour le médecin migrant, il convient d'envisager les modalités de son installation. N'oublions pas que nous sommes encore, dans l'étude de ce problème, en période intermédiaire, c'est-à-dire dans les premières années de la libération des professions médicales, et que le mode de vie communautaire est au stade juvénile, avec toutes ses incertitudes, mais aussi tous ses espoirs.

Voyons tout d'abord quelles sont à ce sujet les SUGGESTIONS DU COMITÉ PERMANENT des médecins. Au cours de sa réunion des 11 et 12 novembre 1961, le Comité a adopté une motion admettant que *« les exigences actuelles posées par chaque Etat membre à l'accès de la profession de médecin (formation de base) dans son propre Pays sont, dans l'ensemble, sensiblement équivalentes »*. Mais il considère *« que l'établissement d'un médecin hors de son Pays de formation dans un autre Pays membre de la Communauté, pose un problème d'adaptation »*. Il ne s'agit pas là d'une formation scientifique complémentaire, car le Comité Permanent a écarté la suggestion de certaines délégations, tendant à imposer pour la reconnaissance de l'équivalence, des examens nouveaux. Dans la pensée du Comité, il s'est agi de *« permettre au médecin migrant de mieux s'adapter à sa mission de médecin à l'intérieur de son nouveau Pays d'établissement, en approfondissant sa connaissance de la langue et des mœurs de la population de ce Pays, en apprenant d'autre part les habitudes en matière de pharmacopée, les coutumes professionnelles et la déontologie nationale, les particularités de la législation sanitaire et d'assurance maladie, ainsi que la nature des rapports entre les différentes catégories professionnelles »*. A cette fin le Comité propose *« que l'exercice du droit d'établissement soit subordonné à des mesures préalables, propres à faciliter l'assimilation du médecin dans les pays-hôtes, mesures telles que période de résidence et d'activité professionnelle »*. C'est ce que l'on a appelé plus brièvement *« LA PÉRIODE D'ADAPTATION »* que le Comité a proposé, à l'unanimité, d'être étalée sur six mois.

Devant cette suggestion, M. de Crayencour a déclaré lors du Congrès de médecine rurale à Arcachon : « L'éventualité notamment de l'organisation d'une période d'adaptation préalable au plein exercice indépendant doit être étudiée avec beaucoup de soin. Il se peut qu'il y ait à cette suggestion, certaines difficultés d'ordre juridique, mais dans la mesure où il apparaîtrait que cette solution rencontre l'intérêt de la santé publique et du malade, il faudrait s'efforcer de résoudre ces difficultés ».

Il importe donc au Comité Permanent de définir plus précisément cette suggestion, « c'est-à-dire les modalités pratiques de cette période, qui se déroulerait vraisemblablement sous forme de stages dans des Centres hospitaliers ou auprès de praticiens désignés par les organisations professionnelles comme maîtres de stages ».

Une question a été posée : pendant cette période, le médecin migrant sera-t-il considéré comme ayant le droit d'exercer dans le Pays d'établissement de son choix, et aura-t-il ainsi droit à une rémunération ? La Commission des juristes du Comité Permanent a étudié ce problème. Sa conclusion a été que « le médecin ayant déjà obtenu le droit d'exercer dans son pays d'origine ou de formation doit être considéré comme en droit d'exercer sa profession, dans l'attente, s'il y a lieu, de la décision de l'autorité compétente, comme le serait le médecin se déplaçant dans son propre pays ». La question de la rémunération du médecin migrant ne pose donc pas de problèmes juridiques particuliers.

Indiquons enfin quelle est à ce sujet la POSITION DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE FRANCE. Elle a été précisée lors de la séance du 20 octobre 1962 dans le communiqué suivant : « *Le Conseil National, après avoir entendu les informations sur la situation actuelle de la médecine française dans le Marché Commun, attire fermement l'attention de ses représentants au Comité Permanent sur les exigences minimales suivantes :*

1) *Les règles déontologiques doivent être celles des Pays choisis.*

2) *Les Conseils départementaux de l'Ordre restent maîtres de l'inscription au Tableau, notamment pour les questions de moralité.*

3) *Il n'est pas possible d'accepter un simple stage, quelle qu'en soit la durée.*

Il convient d'envisager de plus :

— *d'une part, un examen concernant la connaissance de la langue française ;*

— *d'autre part, un examen d'aptitude médicale ».*

Ce communiqué a été adopté à l'unanimité.

EN CONCLUSION, nous devons une fois encore rappeler que quels que soient les impératifs du Traité, le droit d'établissement posera de nombreux problèmes pratiques, puisque les juridictions nationales et les appréciations des autorités régionales pourront, d'une façon ou d'une autre, rechercher la protection de leurs ressortissants. Bien entendu, cela n'est pas conforme à l'esprit du Traité. Mais nous l'avons déjà indiqué bien des fois, tant que des structures européennes ne seront pas superposées aux structures nationales, il ne sera pas possible d'envisager la réalisation du Traité de Rome dans sa plénitude. Il nous paraît donc souhaitable que chaque médecin en Europe ait conscience des problèmes ainsi posés et s'efforce d'aider à leur solution, en ne provoquant pas, prématurément, des revendications certes légitimes, mais sources de rancœurs et d'hostilités.

CHAPITRE IV

LES INCIDENCES

DES DIFFERENTS SYSTEMES D'ASSURANCES SOCIALES SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DE LA MEDECINE

Nous abordons ici l'un des aspects les plus délicats du problème posé dans le domaine médical par la réalisation progressive des objectifs du Traité de Rome.

Précisons tout d'abord un point essentiel. Il faut bien comprendre que si les conditions d'accès et d'exercice de la profession médicale doivent être coordonnées avant que les professions ne soient libérées, il n'est nullement nécessaire que les avantages offerts par les Assurances sociales à leurs ayants-droits soient harmonisés avant la libération. Il peut parfaitement se faire qu'après 1968, les avantages que les assurés sociaux retirent de leur législation en Italie ou en Belgique, soient différents de ceux qui existent en Allemagne ou en France. Théoriquement, le mécanisme de ces avantages ne touche pas directement à l'exercice des professions. Cela ne signifie évidemment pas qu'il existe une barrière entre la Direction du Droit d'établissement et les Administrations des Assurances sociales, car il faudra bien au moins régler le problème des honoraires et de leur remboursement, mais il s'agit là d'un problème d'ordre professionnel appelant une coordination et non pas un problème d'assurance maladie-invalidité.

Ce point étant précisé, selon notre respect de l'esprit du Traité, voyons comment les choses se présentent en pratique. Toute la politique sociale de la C.E.E. est centrée sur les deux principaux objectifs sociaux du Traité de Rome : le développement de l'emploi et l'amélioration des conditions de vie et de travail. C'est l'article 117 du Traité.

ARTICLE 117. -- « *Les Etats membres conviennent de la nécessité de promouvoir l'amélioration des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre permettant leur égalisation dans le progrès.*

Ils estiment qu'une telle évolution résultera tant du fonctionnement du Marché Commun, qui favorisera l'harmonisation des systèmes sociaux, que des procédures prévues par le présent Traité et du rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives ».

Alors que les bénéficiaires de l'assurance-maladie représentent dans les six Pays, 70 à 90 % de la population, « on ne peut se borner à étudier les conditions d'accès et d'exercice de la profession auprès des seuls patients privés. Il nous faut, en outre, étudier l'accès et l'exercice de la profession dans le cadre de l'assurance maladie » (J. Mignon). Ce jugement de M. Mignon, conseiller juridique de la délégation française du Comité Permanent des Médecins auprès de la C.E.E., nous paraît constituer une introduction pleine de réalisme au problème que nous étudions ici. Il apparaît, à sa faveur, mais il faut être prudent dans les appréciations des juristes, que les modalités du droit d'établissement telles que nous les avons définies avec la coordination préalable, ne sont valables que pour les 10 à 30 % des malades privés qui pourront bénéficier des soins des médecins européens « libérés », alors que pour les autres, bénéficiaires de l'assurance-maladie, les conditions d'exercice et dans une certaine mesure de l'accès à la profession médicale, sont essentiellement fonction du mécanisme des systèmes d'assurance. N'allons pas trop loin dans cette interprétation qui n'est pas cependant une simple boutade. M. Mignon lui-même écrit que « l'étude de l'exercice du droit d'établissement dans le cadre du libéralisme pur et simple serait dénué de toute signification si l'on ne prenait pas la précaution de replacer ce droit dans son contexte social... En France, plus de 90 % des malades relèvent de la Sécurité Sociale (depuis l'extension de l'assurance-maladie obligatoire aux exploitants agricoles et à leur famille). Des chiffres analogues se retrouvent ou se retrouveront bientôt dans les cinq autres Pays. Il importe donc d'examiner les conditions mises dans les six Pays à l'accès à l'exercice de la profession dans le cadre de l'assurance-maladie. Que

signifierait en effet un libre établissement qui ne comporterait pas un libre accès à cet exercice ? L'on mesure ici combien les dispositions du Traité de Rome sur l'harmonisation des systèmes de Sécurité Sociale ont une influence directe sur l'avenir de la profession médicale dans l'Europe de demain et déterminent, en réalité, plus que le droit théorique à la libre circulation des professionnels, la migration de pays à pays ».

L'accès à l'exercice de la profession dans le cadre des différents systèmes d'assurances-maladie

Sans entrer dans le détail, puisque nous avons déjà fait cette étude au chapitre II, établissons sommairement un inventaire des principales dispositions qui règlent l'accès à l'exercice de la profession médicale en Europe, dans le cadre de l'assurance-maladie.

ALLEMAGNE FÉDÉRALE.

Les médecins habilités à exercer la profession, donc ayant obtenu la Bestallung, ne sont pas automatiquement en droit de soigner les assurés sociaux. Ils doivent pour cela être agréés, c'est-à-dire obtenir la Zulassung. La demande d'agrément est faite par inscription sur un registre ouvert par l'Association des Médecins agréés ; cette inscription est obligatoire. Pour être agréé, il faut, en plus de la Bestallung, avoir accompli un stage préparatoire d'un an et demi, dont trois à six mois auprès d'un médecin agréé, le reste du stage étant accompli dans un établissement agréé.

Jusqu'à la décision du Tribunal constitutionnel fédéral du 23 mars 1960, les médecins désireux de donner des soins aux assurés sociaux devaient être agréés par les Caisses d'assurance-maladie dans la limite des postes disponibles, soit un médecin pour 500 assurés. Cette limitation a été jugée contraire à la liberté d'exercice garantie par la Constitution, mais la formalité de l'agrément subsiste.

Le candidat doit, en outre, avoir suivi un cours d'initiation à l'exercice dans le cadre de l'assurance-maladie, organisé par l'Association des Médecins agréés en collaboration avec l'Union des Caisses du Land.

L'agrément est accordé par une Commission paritaire qui comprend trois médecins et trois représentants des Caisses, nommés pour quatre ans. L'agrément peut être refusé si le médecin exerce une activité incompatible avec celle de médecin agréé, s'il a des défaillances mentales, s'il s'adonne aux stupéfiants ou à la boisson. Il existe une Commission d'appel.

Il n'existe pas de dispositions particulières pour les spécialistes, leur qualification selon la procédure par les Chambres médicales est reconnue par les Caisses.

Rappelons que les médecins sont groupés en Associations centrées sur les Caisses d'assurances. Chaque Caisse verse une rémunération globale à l'Association des Médecins sur la base de la moyenne des besoins médicaux des assurés calculée d'après :

- le nombre des actes médicaux ;
- le traitement de base des assurés ;
- la situation financière des caisses.

C'est le système du tiers-payant intégral.

BELGIQUE.

Il existe un secteur libéral avec liberté du choix et des honoraires, lesquels sont remboursés au malade à un taux fixé par les Caisses. L'assuré jouit du libre choix du médecin et ce choix peut s'exercer sur tous les médecins inscrits au Tableau. Mais il existe un secteur de médecins salariés exerçant dans des établissements de soins gérés par des mutuelles. Ces établissements de soins, en nombre important, représentent une sérieuse concurrence pour la médecine libre. Enfin, dans certains établissements, existe le système du tiers-payant. En matière de soins spécialisés, ne donnent lieu à remboursement que les soins donnés par les médecins spécialistes agréés par le Ministère de la Santé et de la Famille.

FRANCE.

Le malade honore son médecin et se fait rembourser par les Caisses de Sécurité Sociale sur la base de 80 % si le médecin a signé une convention ou d'une manière partielle si le médecin

n'est pas conventionné. L'évolution actuelle paraît se faire vers une convention nationale, afin d'assurer à chaque assuré un remboursement de 80 %. Les discussions portent évidemment sur les modalités de cette convention, comme nous l'avons indiqué au chapitre II, ce qui explique que certains départements n'ont pas encore accepté le système conventionnel proposé par le Gouvernement.

Il y a liberté d'installation, liberté de choix, liberté à peu près complète de prescription. Tous les médecins autorisés à exercer peuvent donner des soins de toute nature aux assurés sociaux, lesquels ont droit à un remboursement.

ITALIE.

Les solutions varient selon les organismes, très nombreux, d'assurance-maladie. Pour le plus important, l'I.N.A.M., la règle est que tous les diplômés peuvent s'inscrire sur la liste des médecins généralistes conventionnés, liste tenue par l'Ordre et communiquée à l'Institution. Quant aux actes de spécialistes, ils sont, dans la majeure partie des cas, effectués dans les dispensaires gérés par l'I.N.A.M. par des médecins « vacataires ».

Dans d'autres secteurs, l'E.N.P.A.S. par exemple qui assure les employés de l'Etat, les soins sont, soit dispensés par des médecins fonctionnaires dans des Centres de soins généraux ou spéciaux, soit sous forme d'assurance indirecte par des médecins n'ayant pratiquement aucun rapport avec l'assurance-maladie, le malade recevant un remboursement partiel et prédéterminé, sans rapport avec les frais réels.

Rappelons le fonctionnement général du système. Il existe essentiellement :

Un secteur libéral, peu utilisé. Le malade choisit son médecin et se fait rembourser, partiellement, par sa Caisse d'assurances.

Un secteur tiers-payant. Le malade choisit son médecin sur une liste (médecin de confiance) :

— *Acte isolé*, surtout utilisé dans les grandes villes, le médecin perçoit des assurances une somme correspondant au tarif officiel pour chacun des actes pratiqués.

— *Forfait*, le plus répandu et fortement poussé par les organismes d'assurances qui veillent à ce que la dépense par assuré

et par an ne dépasse pas un certain plafond. Le nombre des inscrits sur la liste du médecin de confiance est en moyenne de 1.000

LUXEMBOURG.

La Loi fondamentale de 1901 sur l'assurance-maladie accorde le libre choix du médecin. Ce principe a été maintenu lors de la réforme de 1933. La Loi autorise les Caisses à s'attacher des médecins à titre individuel pour le traitement de leurs membres. En fait, ce texte est resté lettre morte. Les médecins sont liés avec l'assurance-maladie par des contrats collectifs, ou, à défaut, par la sentence rendue par la Commission de Conciliation ou d'Arbitrage.

Tout médecin reconnu comme spécialiste par le Ministère de la Santé l'est ipso facto par la Sécurité Sociale. Les actes spécialisés faits par un omnipraticien donnent lieu au même remboursement que s'ils avaient été faits par un spécialiste. Toutefois, d'après les conventions collectives conclues avec la Sécurité Sociale, les spécialistes en radiologie sont seuls autorisés à faire toutes les opérations en radiologie. Les autres spécialistes n'y sont autorisés que dans le cadre de leur activité respective. Les omnipraticiens peuvent être autorisés par le Ministre de la Santé à faire des radiographies d'urgence.

PAYS-BAS.

Le libre choix des assurés s'exerce entre tous les praticiens et spécialistes de la circonscription « affiliés » à leur Caisse. Mais en principe, la Caisse doit conclure une convention individuelle avec tout praticien ou spécialiste de la circonscription qui en fait la demande, si elle n'a pas d'objection à élever contre lui. Un recours est possible en cas de refus d'agrément. En pratique, cet agrément ne donne lieu qu'à quelques difficultés de nature exceptionnelle. Les conventions individuelles doivent être conformes à une convention-type établie par un accord conclu entre l'Association Royale Néerlandaise de Médecine et les Caisses mutuelles.

Empruntons encore à M. J. Mignon une appréciation d'ensemble. « Ce survol des conditions d'exercice de la médecine dans le cadre de l'assurance-maladie, montre que subsistent

des différences sensibles d'un Pays à l'autre. Au libéralisme total de la France et du Luxembourg, au libéralisme limité aux omnipraticiens de Belgique, s'opposent les procédures d'agrément que nous retrouvons dans certains régimes d'Italie et qui sont encore imposées aux médecins spécialistes de ce Pays, de la convention individuelle des Pays-Bas et de la Zulassung allemande. Certes dans ce dernier cas, tout *numerus clausus* a disparu. Mais la décision dépend encore d'une Commission paritaire et n'est point automatique. En outre, la condition préalable d'un stage de dix-huit mois crée entre l'Allemagne Fédérale et les cinq autres Pays une grave inégalité dans les conditions d'accès. Certes, le Traité de Rome mettrait sur le même pied à cet égard le national et le médecin migrant. Mais si cette exigence subsistait, elle ne manquerait pas de créer un certain désordre dans la répartition des médecins à l'intérieur de la Communauté : le jeune diplômé Allemand aurait évidemment intérêt à s'installer dans les zones frontalières hors de son propre Pays après la période d'adaptation de six mois, afin d'échapper au stage d'un an et demi. Inversement, les médecins des autres Pays se verraient pratiquement exclus de l'Allemagne Fédérale où la période d'adaptation et le stage (même partiellement confondus) constitueraient une véritable mesure de protection du Corps médical national. L'on peut souhaiter que cette question soit très sérieusement étudiée, lors de l'harmonisation des systèmes de Sécurité Sociale entre les six Pays et soit résolue dans le sens d'une égalisation des conditions d'accès avant la libération du droit d'établissement.

Pour notre part, nous pensons d'ailleurs que les conditions particulières mises par les réglementations nationales au libre accès des jeunes diplômés à l'exercice dans le cadre de l'assurance-maladie, alors qu'ils ont déjà le droit d'exercer à l'égard des patients privés, n'ont de justifications qu'historiques et perdent toutes raisons d'être, quand les bénéficiaires de l'assurance-maladie constituent les neuf dixièmes de la population. Les maintenir serait vider le diplôme, l'habilitation ou la *bes-tallung* de toute substance. Le Traité de Rome et la libération du droit d'établissement devrait être l'occasion de remettre de l'ordre dans ce foisonnement réglementaire, de faire disparaître ces agréments, ces conventions individuelles superflues et d'instituer un libre choix intégral entre tous les médecins régu-

lièrement autorisés à exercer dans les limites de la Communauté ».

Est-il besoin d'insister davantage pour démontrer combien est étroite la relation qui existe entre les conditions d'accès à l'exercice de la profession médicale, cet exercice proprement dit, et le fonctionnement des différents systèmes d'assurances sociales ?

Perspectives tracées par l'harmonisation des divers régimes d'assurances sociales

Cette constatation nous oblige, dans l'optique générale du Traité de Rome, à considérer non seulement la situation telle qu'elle se présente dans les différents pays, mais quelles sont les lignes directrices qui vont orienter l'évolution de l'ensemble au fur et à mesure que se réaliseront les objectifs du Traité. Nous avons vu que l'article 117, qui tend à « promouvoir l'amélioration des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre permettant leur égalisation dans le progrès », envisage notamment pour cela l'« harmonisation des systèmes sociaux ».

QUE SIGNIFIE « HARMONISATION DES SYSTÈMES SOCIAUX » ?

Comme pour la définition de la coordination des conditions d'accès et des conditions d'exercice de la profession médicale, nous retrouvons ici le domaine des nuances. Ouvrant la conférence de Bruxelles des 10-15 décembre 1962, première conférence de Sécurité Sociale organisée dans un but consultatif à la demande de la Commission du Marché Commun pour dégager les grands courants d'opinion en ce qui concerne les possibilités, les méthodes et les limites d'une telle harmonisation des régimes de Sécurité Sociale à l'intérieur de la Communauté, M. Lévi-Sandri, Membre de la Commission, chargé des problèmes sociaux, a déclaré :

« Harmoniser ne signifie pas rendre identiques les divers systèmes, mais plutôt éliminer les divergences et les contradictions qui ne trouvent pas leur justification dans les exigences particulières ou dans la structure différente des corps sociaux. Harmoniser ne signifie pas non plus niveler à la base pour ralentir la marche en avant des catégories les plus avancées, mais ne veut pas dire davan-

tage attribuer à tous sans discrimination les traitements plus favorables prévus pour des secteurs déterminés, sans tenir compte des conditions concrètes qui peuvent justifier les diversités. Enfin, l'harmonisation ne sera pas l'effet d'une action imposée par voie d'autorité, mais le résultat d'une collaboration étroite entre l'exécutif du Marché Commun, les Gouvernements et les organisations professionnelles des travailleurs et des employeurs ».

A partir de ces prémisses, Monsieur Lévi-Sandri conclut que personne ne peut penser qu'il sera possible de parvenir à une unification pure et simple des divers régimes pour satisfaire l'aspiration à une vaine et inutile uniformité. « Il y a des limites qualitatives imposées par le respect des traditions particulières de chaque Pays, notamment en ce qui concerne les structures administratives relatives au montant global des prestations, déterminées par le concours de facteurs économiques, structurels et démographiques ».

Toutefois, si l'on tient compte du fait que les divers systèmes de Sécurité Sociale sont dotés d'un dynamisme et d'une force d'évolution très accentués, et si l'on considère que cette évolution est conditionnée par de nombreux facteurs communs à tout le moins aux Pays qui ont atteint un degré de développement déterminé, « il faut conclure, observe l'orateur, que les problèmes de l'harmonisation des régimes de Sécurité Sociale se posent aujourd'hui en des termes particulièrement concrets et actuels, et s'insèrent dans un processus qui conduira à une intégration réelle des structures les plus délicates et les plus intimes des sociétés des six pays ».

Nous retrouvons ici le problème des structures déjà plusieurs fois évoqué dans ce travail, et qui situe dans ses véritables perspectives la réalisation des objectifs du Traité de Rome. Il faudra bien en arriver à une « intégration réelle », c'est-à-dire à organiser sur des bases nouvelles la nouvelle société européenne que l'on veut édifier. Et c'est précisément dans cette perspective qu'il est bon de connaître les points de vue exprimés.

Seuls avaient voix délibérative à cette Conférence de Bruxelles les représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs. Les délégués gouvernementaux se confinèrent sur ordre dans un rôle muet. Les représentants du Corps médical ont été privés de la possibilité de participer effectivement à l'examen des problèmes qui les concernent directement. Il s'agit là d'un fait regrettable car des questions telles que le libre choix, le mode de rémunération des médecins, l'hospitalisation, la liberté de prescription, etc..., ont été traitées seulement par des non-professionnels de la médecine. Au niveau européen, il serait en effet souhaitable que l'on ne reconduise pas les méthodes de travail qui dans une certaine mesure sont

à l'origine des conflits ouverts à l'échelle nationale pour tout ce qui touche à l'organisation de la société, mais que l'on associe au contraire très largement toutes les catégories de travailleurs lorsqu'il s'agit de rechercher des solutions convergentes et raisonnables.

Voyons tout d'abord quelles sont les CONCLUSIONS DES DIFFÉRENTES COMMISSIONS sur les sujets qui intéressent directement le Corps médical.

Le libre choix et le mode de rémunération.

Les soins sont délivrés par des médecins agréés par les Caisses en Allemagne, en Italie et aux Pays-Bas. Le libre choix est exercé pour la durée d'une feuille de maladie en Allemagne, c'est-à-dire pendant trois mois, et pour la durée d'inscription sur la liste du médecin aux Pays-Bas, c'est-à-dire pendant six mois. Dans ces trois pays les honoraires sont versés aux médecins par les Caisses.

Au Luxembourg, les soins sont également délivrés par des médecins agréés par les Caisses, mais l'assuré honore lui-même son médecin et se fait rembourser partiellement.

En France et en Belgique, les assurés choisissent leur médecin parmi tous ceux qui sont inscrits à l'Ordre ; ils versent eux-mêmes les honoraires et sont ensuite remboursés partiellement.

La Commission, à l'unanimité, estime que le principe du libre choix doit être maintenu.

Cependant nous devons indiquer que ce principe n'est en réalité valable que lorsque le malade peut choisir son médecin parmi tous ceux qui ont le droit d'exercer, sans limitations de localisation géographique, administrative, ou d'une inscription valable pendant un temps déterminé. C'est cela la liberté.

Or le choix du rapporteur sur ce sujet, à la Conférence de Bruxelles, « guidé par le souci de répondre aux besoins médicaux des assurés », s'est porté sur une rémunération réglée directement, par capitation, de la Caisse au médecin. Ce choix implique donc une localisation géographique, celle de la Caisse d'Assurances, et une inscription chez le même médecin pendant un certain temps. Si l'on fait cette restriction administrative et de durée, alors on peut admettre que le libre choix est respecté. C'est une question de définition, mais quelle est alors celle de la liberté ?

Signalons, à ce sujet, cet extrait du rapport :

« On peut supposer que le « système du médecin de famille » est de nature à garantir la protection optimale du malade. Dans ce cas, les assurés devraient se faire inscrire chez un praticien, et leur nombre doit être fixé de manière qu'un traitement individuel sérieux du malade soit possible. En règle générale, le recours au médecin spécialiste ne devrait avoir lieu, en cas de nécessité, qu'à la suite d'une consultation de l'omnipraticien. Les formes d'exercice médical qui apparaissent aujourd'hui dans certains pays sous l'appellation de « médecine de groupe » et de « médecine d'équipe » sont susceptibles de faciliter la recherche de solutions satisfaisantes à ces problèmes...

...les médecins ne doivent avoir qu'une clientèle assez restreinte pour permettre une bonne surveillance médicale ; cette clientèle doit se confier à eux pour une période assez longue ; ils assurent sa surveillance médicale par des examens préventifs et lui dispensent leurs soins en cas de maladie ».

Il nous paraît utile de citer ici une APPRÉCIATION DE MONSIEUR DE CRAYENCOUR en ce domaine, formulée au XII^e Congrès National de l'Association de médecine rurale, Arcaachon, 31 mai-3 juin 1962 :

« ...des formes d'association entre praticiens sont devenues nécessaires. Mais de quelles formes d'association peut-il s'agir ? Les grandes villes connaissent depuis longtemps des organisations hospitalières où de nombreux médecins exercent leur activité soit à temps plein, soit à temps partiel. Les deux formes d'exercice de la profession ont chacune leur place dans ce régime. L'Association de médecine rurale est à l'origine de la création des « centres sanitaires et sociaux ruraux ». Il semble que dans cette voie apparaissent de nouvelles possibilités de concilier plus largement, d'une part la mise en commun de certains moyens matériels et d'autre part, une réelle indépendance ; je veux dire à la fois l'engagement et la responsabilité personnelle du médecin. Pour que ce mouvement puisse prendre rapidement l'ampleur qu'il mérite et peut-être déborder le cadre de la France, la condition essentielle est sans doute la confiance entre les professionnels et la communauté, et bien entendu c'est sur ce terrain des intérêts matériels que cette confiance doit s'établir.

Je serais tenté de croire qu'une fois encore un approfondissement de la nature de la vocation de médecin peut, jusque sur ce terrain, apporter la clarté. J'ajouterai que dans l'esprit où nous abordons ce difficile problème, il importe avant tout de rester réaliste et de ne pas perdre de vue les réactions prévisibles des générations à venir.

Nos populations ne pourront accepter longtemps encore le désordre qui paraît aujourd'hui présider à la rétribution des médecins. En sens inverse, une des premières choses à avoir à l'esprit est le souci de voir une part suffisante de notre jeunesse accepter demain les sacrifices raisonnablement calculés d'un exercice réellement indépendant et pleinement humain de la fonction médicale.

Les médecins, en tout cas ceux qui cherchent les solutions aux problèmes d'organisation de leur profession, ne contestent plus la nécessité de formes diverses d'association, mais ils restent dans leur majorité inquiets de perdre, dans cette évolution, leur indépendance, ou pour mieux dire une forme essentielle de leur personnalité, en même temps que la condition fondamentale de l'exercice de leur art.

Il faut évoquer ce problème à un niveau plus élevé de généralité, car les médecins ne sont pas seuls à être confrontés avec lui. Il préoccupe toutes les professions libérales, mais à vrai dire concerne aujourd'hui l'homme tout court.

Si l'on conçoit toute structure, institution ou association comme exclusivement restrictive des libertés et des responsabilités personnelles, on est amené à se défier d'elles, à les limiter et à n'y participer que contraints et forcés, estimant que c'est en dehors d'elles que nous développons notre véritable personnalité professionnelle.

Cette conception me paraît mener à une impasse, car la nécessité de structuration de nos sociétés étant inévitable et l'évolution à cet égard irréversible, si nous ne nous engageons dans ces structures nouvelles que contraints et forcés, c'est contraints et forcés que demain nous y serons totalement engagés, et nous aurons perdu notre sens des responsabilités personnelles.

Mais, est-il si contradictoire d'imaginer des modes d'associations et d'institutions où nous ne nous contenterions pas de préserver nos responsabilités personnelles pour les exercer ailleurs, mais dans lesquelles au contraire ces responsabilités pourraient s'épanouir et s'accroître ? Ne serions-nous pas arrivés à une étape de l'évolution sociale où seule l'association permet la promotion de la responsabilité personnelle ?...

...Ce problème de l'organisation de la profession médicale est donc avant tout conditionné aujourd'hui par les modes d'associations qui peuvent être valablement mis en œuvre. L'application du Traité de Rome aura-t-il ici quelque influence ? Il est beaucoup trop tôt pour se prononcer sur la nature de cette influence, mais il est évident qu'elle se fera sentir. Encore une fois l'essentiel est d'obtenir une vue de synthèse. Quel rapprochement par exemple ne pourrait-on pas faire utilement entre un effort d'étude sur les besoins de la Communauté, l'organisation en équipe des praticiens et la réalisation de la liberté d'établissement, en particulier compte tenu de la

suggestion d'une période d'adaptation ? Que ne pourrait-on réaliser d'efficace pour la santé publique tout en restant strictement dans le cadre de la liberté d'établissement, mais d'une liberté bien informée ? ».

Cette longue citation éclaire d'un jour particulier les vœux émis à la Conférence de Bruxelles sur l'harmonisation des régimes de Sécurité Sociale. Les problèmes posés sont d'une gravité telle qu'il est inconcevable que dans la recherche de leur solution au niveau européen, les médecins n'y soient pas associés d'une manière déterminante. Parce qu'ils sont tous les jours au contact des réalités humaines, tous les jours confrontés avec le fonctionnement administratif des organismes d'assurances, parce qu'ils sont les premiers à vouloir que des structures nouvelles harmonisent convenablement l'exercice de leur profession — dans son aspect préventif et curatif avec le maintien d'une médecine personnelle adaptée à chaque malade — et les exigences de l'évolution sociale, les médecins ont le droit d'être présents et à part entière avec les représentants des pouvoirs publics, des travailleurs et des employeurs, là où de tels problèmes sont évoqués pour en rechercher la meilleure solution. Comment pourraient-ils se sentir engagés par des décisions prises sans eux dans un domaine qui les concerne au premier chef, et dans lequel ils ne peuvent apporter que des enrichissements et des propositions constructives ? L'esprit démocratique qui théoriquement préside aux destinées des sociétés occidentales admet-il lui aussi des restrictions, ou ne faut-il pas, plus simplement, incriminer une carence des professionnels de la médecine à s'organiser valablement pour acquérir le droit d'être présents d'une manière effective là où se décide tout ce qui touche à l'exercice de leur profession ? Si le problème est là, sa solution n'est-elle pas du même coup suggérée ?

Hospitalisation, Maladies de longue durée, Médicaments.

Nous indiquerons seulement ici les conclusions des rapporteurs, dans la mesure où elles intéressent l'exercice de la médecine.

« Les soins hospitaliers doivent être accordés à l'assuré dès le premier jour du séjour à l'hôpital, dans le cadre des prestations de la Caisse et sans participation supplémentaire aux frais. Il faut in-

clure dans les soins hospitaliers le traitement médical et la fourniture de médicaments et remèdes. Toutes les prestations en nature, y compris l'hospitalisation, doivent être accordées pour toute la durée requise par l'état de santé du patient ».

« ...dans les cas suffisamment motivés, des séjours en sanatoriums et lieux de cure doivent être accordés sans participation supplémentaire aux frais. Il s'agit notamment des maladies à longue durée constituant des fléaux sociaux, telles que la tuberculose, le cancer, la poliomyélite, les affections cardiaques et circulatoires, etc... Des cures préventives devront être accordées si la santé du patient est en danger ».

« Il convient d'élaborer les principes d'une réglementation scientifique et économique relative aux médicaments et moyens thérapeutiques. La législation en matière de médicaments devra assurer l'approvisionnement du marché en médicaments éprouvés et donnant toutes les garanties ».

Conclusions.

Nous ne saurions aborder ici l'étude des positions respectives des représentants des travailleurs et des employeurs à la Conférence de Bruxelles. Indiquons simplement avant de conclure les différences fondamentales entre les points de vue.

POUR LES TRAVAILLEURS, le progrès technique médical entraîne normalement une élévation des coûts. La promotion sociale, conséquence de l'expansion économique, accroît la consommation médicale. Mais dans une économie en expansion, la consommation médicale n'est pas une charge, car l'activité sanitaire accroît le revenu national au même titre que n'importe quel autre service. D'une part, l'expérience prouve que dans un revenu accru, les consommations alimentaires tendent vers une constante en valeur absolue et diminuent en valeur relative, dégageant ainsi une possibilité de croissance plus rapide que le revenu lui-même pour les consommations non alimentaires, telles que la consommation de services médicaux. Au cours des dix dernières années, en France, les premières se sont abaissées de 49 à 41 %, le mouvement inverse s'observant pour les autres, 51 à 59 %. Pendant ce même laps de temps, la consommation médicale a pu doubler, alors que le revenu national n'augmentait que de 40 %, sans poser de problème économique. Ainsi, on ne voit pas pourquoi les économistes se réjouiraient d'appren-

dre que la consommation en appareils électro-ménagers ou en téléviseurs s'accroît, et s'inquiéteraient de l'augmentation de l'activité médicale.

POUR LES EMPLOYEURS, il faut une autonomie financière pour chacun des risques couverts :

- prestations médicales ;
- assurance-vieillesse ;
- accidents du travail ;
- maladies et leurs suites,

avec, pour chaque risque, « progression des dépenses dans des limites raisonnées et raisonnables », fixation des ressources consacrées à chacun d'eux afin d'éviter les augmentations fréquentes et massives de charge, « régulation » des dépenses et contrôle du déficit de l'assurance maladie par la chasse aux abus. Il apparaît, d'après ce point de vue, que l'élévation de la consommation médicale est a priori jugée abusive, et tout autorise à penser que les employeurs auront tendance, dans la mesure où un choix se présentera en matière de construction européenne dans ce domaine, à pencher pour le système d'assurances sociales exigeant de leur part la plus faible participation financière.

QUE POUVONS-NOUS CONCLURE DE TOUT CELA, indépendamment de la nécessaire présence d'une manière effective et efficace de la profession médicale là où se décident les modalités de son exercice. Comme l'a écrit M. Jean Mignon, « si les intérêts à moyen et à long terme de la médecine et des assurés se trouvent en opposition avec les thèses des employeurs sur le terrain économique et financier, par contre les médecins de notre pays (France) se rencontrent avec les mêmes employeurs, pour défendre la participation des assurés aux frais et craindre la gratuité. Ce n'est probablement pas pour les mêmes raisons d'ailleurs : les seconds y voient avant tout un frein à la consommation et une prévention des abus. Les médecins (tout au moins en France) estiment que cette participation est indispensable pour faire naître chez l'assuré l'idée que son traitement est son affaire personnelle, qu'il doit y coopérer et ne pas s'en remettre, psychologiquement, à la seule assistance de puissances exté-

rieures... Certes, les médecins français ne trouvent sur ce point aucun allié chez les médecins hollandais, anglais et même allemands, et leur solitude peut inquiéter face à l'accord intervenu en ce domaine entre les représentants du Corps médical de certains pays de la Communauté et les représentants des travailleurs. Mais ici peut être invoquée légitimement la différence de psychologie et de tradition.

Etant données les positions des employeurs français et les traditions de notre Etat, tout régime de capitation, de forfait (car le tiers payant à l'acte semble rejeté) reviendrait à une limitation des ressources consacrées aux soins médicaux, à un malthusianisme médical qui ne pourrait que freiner l'expansion nécessaire, et entraîner une grave dégradation de l'économie médicale. La médecine à l'acte, qui suppose, les représentants de la Sécurité Sociale française en conviennent, la participation obligatoire de l'assuré, doit donc survivre en France, à moins de bouleversements de notre psychologie nationale.

Le jeu des représentants des médecins français face à l'harmonisation des systèmes d'assurance maladie ne sera pas facile, même au sein du Comité Permanent des médecins, au cours des années qui viennent. Une conclusion s'impose cependant plus que jamais : seule une application générale et effective du système conventionnel (grandes villes et capitales comprises) peut permettre de faire survivre au delà de 1970 notre régime d'assurance maladie, le plus libéral d'Europe ».

Et bien c'est parce que ce système est le plus libéral, et qu'il donnera, une fois mises en œuvre les réformes proposées par une partie importante du Corps médical français, satisfaction aux malades comme aux médecins, qu'il est actuellement considéré par de nombreux médecins en Europe, comme un système à défendre et valable pour la Communauté Européenne, compte tenu d'aménagements en harmonie avec les psychologies particulières.

Mais c'est aussi parce qu'il est le plus libéral qu'il risque de provoquer ce que les juristes appellent le PHÉNOMÈNE DE DISTORSION au sein de la C.E.E. Il y aurait distorsion si de trop grandes différences existaient au sein de la Communauté et que le régime de tel ou tel pays apparaissant comme plus favorable, un nombre important de médecins soient attirés vers ce pays privilégié.

Un système capable de provoquer la distorsion ne saurait laisser indifférents les médecins conscients de leurs responsabilités face aux problèmes posés par l'avenir de la profession médicale en Europe, et cela avant la libération de la profession. C'est pour cette raison que de tous les coins de l'Europe, des voix s'élèvent pour demander aux médecins français de défendre leur système, avec l'idée qu'il puisse un jour être appliqué, certes avec quelques variantes, à toute l'Europe.

Sans entrer dans le détail de l'affaire, il est bon de mentionner, à ce point de notre exposé, l'existence en Allemagne d'un projet de loi destiné à modifier très sensiblement le système en vigueur. Actuellement les organismes responsables de l'assurance maladie paient aux Associations de médecins conventionnés une indemnité globale qui est répartie entre les différents médecins par les soins de l'Association, et les assurés sont en droit de bénéficier de soins médicaux gratuits. En raison du mode de rétribution forfaitaire, c'est le corps médical qui supporte les risques de la morbidité : plus il y a de malades en état d'invalidité, moins élevés sont les honoraires du médecin, car le forfait correspondant aux honoraires est notamment calculé en pourcentage de la somme correspondant au salaire perçu par les assurés ; en cas de maladie et invalidité, aucun salaire n'est versé, mais une indemnité journalière, qui n'est pas prise en considération dans le calcul des honoraires. Dans le projet actuel, dont il n'est pas possible de prévoir le destin, à la place du forfait prendrait place le système de rémunération à l'acte, ce qui déchargerait le corps médical du risque de morbidité, et parallèlement une contribution personnelle de l'assuré serait introduite. On peut entendre dire en Allemagne que si les opposants du projet arrivent à s'imposer, la formule représentée par le Service de Santé étatisé, suivant l'exemple anglais, gagnera du terrain. Or l'exemple anglais est unanimement repoussé par les médecins allemands et, récemment, c'est sous le couvert d'applaudissements prolongés que le Ministre fédéral du Travail, Blank, a déclaré devant le Congrès des Médecins Allemands : « Nous ne permettrons pas l'importation chez nous d'un Service de Santé d'Etat, même s'il devait emprunter le chemin de Bruxelles », car c'est à la Conférence de Bruxelles sur l'harmonisation des régimes de Sécurité Sociale que Bernhard Heise avait présenté ce projet.

En définitive, il faut que tous les médecins en Europe connaissent très objectivement les problèmes posés par la réalisation progressive du Traité de Rome et se conforment, au niveau de l'Europe, au conseil sans cesse répété par l'Association des Médecins d'Allemagne : « les revendications ne pourront être défendues efficacement que si toutes les catégories de médecins décident d'agir en commun ». Ces revendications, dans leurs diverses modalités, paraissent orientées vers le maintien — ou vers l'établissement — d'une médecine exercée sans contrainte pour le mieux être des hommes, dans le respect de la personnalité de chacun.

CONCLUSIONS

I. Selon les modalités du Traité de Rome signé le 25 mars 1957 en vue d'édifier une Communauté Economique Européenne, lorsque nous serons en janvier 1968, les membres des professions libérales, donc les médecins, auront le *droit de s'établir librement* dans l'un ou l'autre des Pays membres de cette Communauté. L'article 57 du Traité précise que, en ce qui concerne les professions médicales, les *conditions d'exercice de ces professions devront être coordonnées avant leur « libération »*, c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur du droit d'établissement.

II. La notion de droit d'établissement implique tout d'abord la *levée des restrictions*, c'est-à-dire des conditions qu'un Etat membre impose aux étrangers désireux de s'établir sur son territoire national. L'article 52 du Traité indique que « la liberté d'établissement comporte l'accès aux activités non salariées et leur exercice..., dans les conditions définies par la législation du pays d'établissement pour ses propres ressortissants... ». La suppression des restrictions ne porte donc pas atteinte aux législations nationales.

III. La coordination préalable des conditions d'exercice, impératif formel du droit d'établissement, n'a pas pour objectif d'uniformiser ces conditions, mais de mettre sur « pied d'égalité » tous les médecins des six Pays membres de la Communauté Européenne face aux diverses réglementations professionnelles nationales. Le premier problème posé à la fois par la levée des restrictions et les conditions d'accès à la profession est celui de l'*équivalence des diplômes*. Afin de respecter les délais très précis imposés par la réalisation du Traité de Rome à la mise en vigueur du droit d'établissement et compte tenu des disparités existant dans l'acquisition des formations scientifiques de base, il est probable que les pouvoirs publics s'orien-

teront vers la reconnaissance de ce que l'on appelle l' « équivalence de la formation globale ». Cette méthode choisie pour faciliter la réalisation du droit d'établissement dans les délais prévus, pose sans le résoudre le problème fondamental de l'harmonisation de l'enseignement de la médecine dans les Pays de la Communauté. Il est donc probable que certains Etats membres exigeront des examens complémentaires et des stages dans des centres hospitalo-universitaires agréés.

IV. La recherche de la « mise sur pied d'égalité » de tous les professionnels implique, dans le domaine de l'exercice de la médecine, la définition d'une *déontologie communautaire*, basée sur les grands principes traditionnels de la pratique médicale. Cette Charte communautaire devrait reposer sur les points suivants :

- respect du secret professionnel ;
- respect du libre choix sans conditions ;
- respect de la liberté de prescription, le contrôle des médicaments et des spécialités pharmaceutiques étant par ailleurs résolu ;
- fixation des honoraires à un niveau tenant compte des études, du mode de vie, de la nécessité d'une promotion individuelle, des exigences de la retraite, du caractère particulier des actes médicaux qui ne sauraient, sans perdre leur souplesse et leur originalité, être soumis à *forfait* ou subir une *tarification* rigide.
- indépendance de la profession par rapport aux organismes d'assurances, le contrôle des actes étant établi selon une procédure ne faisant pas obstacle au secret professionnel, et les contestations étant tranchées par des instances paritaires hors cause ;
- droit d'avis de la profession pour tout ce qui touche à la fixation de ses conditions d'exercice.

De tels principes, qui font la part des réalités sociales tout en respectant le caractère original et personnalisé de l'art médical, devraient servir de base à la définition d'une politique médicale européenne si l'on veut éviter que l'année 1968 ne donne le signal de regrettables oppositions.

V. Mais selon l'esprit du Traité de Rome, aucun obstacle ne doit être mis à la libre circulation des personnes. Il ne saurait donc être question de continger les échanges de médecins de pays à pays, ni d'instituer une quelconque réciprocité. Or dans le cadre actuel de l'Europe où demeurent encore des sociétés particulières attachées à leurs habitudes et à leurs traditions, le droit d'établissement soulève dans certaines fractions du corps médical de lourdes inquiétudes, particulièrement dans les Pays qui ont une densité médicale plus faible que celle de ses voisins. En dehors de cette appréhension de migrations importantes, plus hypothétiques que réellement possibles, si l'on tient compte, à cause de l'existence de ces sociétés particulières, de toutes les difficultés qui se dresseront devant les candidats à l'émigration, il se pose un problème qui très certainement devra être résolu de nombreuses fois en 1968, c'est celui de la *qualification morale du médecin migrant*. Certes, ce médecin devra être traité comme le médecin national du Pays où il désire s'établir, et subir les mesures applicables en droit interne dans ce Pays.

Compte tenu des différences qui existent dans les « juridictions morales » de certains pays européens, et de la possibilité pour tout citoyen de l'Europe des Six de saisir la *Cour de Justice de la Communauté* d'un différend qui l'oppose à un Etat membre, il est probable que des difficultés surgiront en ce qui concerne la qualification morale, ne serait-ce que parce que certains Etats membres verront dans cette procédure la possibilité de limiter le droit d'établissement.

C'est la raison pour laquelle il nous est apparu comme étant souhaitable d'envisager une « communauté de formation, la mise sur pied d'égalité de tous les professionnels », d'instituer en quelque sorte le nouveau régime qui sera demain celui des étudiants d'aujourd'hui, mais à condition que chacun reste chez soi tant que la coordination des conditions d'accès et d'exercice n'a pas été résolue dans sa totalité, et que ses modalités n'ont pas été acceptées par l'ensemble des médecins de l'Europe.

Mais puisque l'échéance est fixée, c'est en définitive, quel que soit l'état légal de la coordination en 1968, à chaque médecin des Etats membres qu'il appartiendra de prendre conscience de ses responsabilités.

VI. S'il en est cependant qui désirent affronter le système né de la levée des restrictions, il faudra, pour faciliter leur nouvelle implantation et d'une manière ou d'une autre, puisqu'ils auront le droit d'être là, faciliter leur adaptation. Le Comité Permanent des médecins propose que « l'exercice du droit d'établissement soit subordonné à des mesures préalables, propres à faciliter l'assimilation du médecin dans les Pays-hôtes, mesures telles que période de résidence et d'activité professionnelle ». Cette éventualité d'une « *période d'adaptation* » n'est pas facilement reconnue par tous les Etats membres, tout au moins par les organismes professionnels tels que le Conseil national de l'Ordre des médecins de France, qui préfère des examens concernant la connaissance de la langue française et des examens d'aptitude médicale.

Une fois encore il apparaît nécessaire pour tous les médecins de l'Europe de prendre conscience des problèmes posés par la réalisation du Traité de Rome, afin que des revendications légitimes, mais prématurées dans l'état actuel de la construction européenne, ne provoquent, en 1968, de regrettables difficultés.

VII. A côté de ces problèmes d'ordre strictement juridique dans le cadre du droit d'établissement et qui tendent, en quelque sorte, à définir une Charte de la profession médicale au niveau de l'Europe, il apparaît que l'*harmonisation des différents régimes d'assurances sociales*, également prévue par le Traité, risque d'avoir sur les conditions d'accès et d'exercice de la profession médicale de très importantes répercussions. « Les règles médicales de l'assurance maladie ont en notre temps une influence prépondérante, voire même essentielle, sur les conditions d'accès à la profession comme sur ses conditions d'exercice ».

Or, dans l'étude des modalités susceptibles de définir à la fois les possibilités, les méthodes et les limites d'une harmonisation des régimes d'assurances sociales à l'intérieur de la Communauté, les médecins ne sont pas officiellement présents. Des problèmes qui touchent à la substance même de la pratique médicale tels que le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription, le mode de rémunération des médecins, ne sont examinés officiellement que par des non professionnels de la médecine. Pour que ne soient pas reconduites

au niveau européen des méthodes qui dans une certaine mesure sont à l'origine des conflits ouverts à l'échelle nationale pour tout ce qui touche à l'organisation de la société, il est hautement souhaitable que soient associées dans la recherche de solutions convergentes et raisonnables toutes les catégories de professionnels, de travailleurs et d'employeurs, dont les activités sont déterminantes dans le fonctionnement d'un véritable système de Sécurité Sociale. Au sein de cette association pour l'étude des problèmes et la recherche des solutions, les médecins, citoyens à part entière dont l'exercice de la profession est la clef de voûte de la prévention et du traitement des maladies, doivent avoir, comme les travailleurs et les employeurs, une voix délibérative.

Dans ce problème de l'harmonisation des régimes d'assurances sociales, il est probable qu'une opposition se manifesterait de plus en plus entre le jugement des « ayants droit » et celui des employeurs. Pour les premiers l'accroissement de la consommation médicale s'inscrit dans l'amélioration des conditions de vie née de l'expansion économique, comme s'accroît la consommation en appareils électro-ménagers ou en téléviseurs. Les économistes ne sauraient se réjouir dans un cas et s'inquiéter dans l'autre. Pour les employeurs il faut une régulation des dépenses pour chacun des risques couverts par les assurances sociales, avec une « progression dans des limites raisonnables et raisonnables » et un contrôle du déficit de l'assurance maladie par la chasse aux abus. Tout autorise à penser que les employeurs auront tendance à pencher pour le système exigeant de leur part la plus faible participation financière.

L'aspect de ce problème est d'ailleurs susceptible d'être modifié par une extension éventuelle de la Communauté Economique Européenne. Il est probable que le jour où la Grande-Bretagne fera partie du Marché Commun et si le Traité de Rome ne subit pas des modifications dans ses données essentielles, que le système du National Health Service ait quelques répercussions sur les systèmes continentaux. Une influence des Pays Scandinaves est également plausible dans la même éventualité.

Pour toutes ces raisons, il convient d'avancer très lentement dans la recherche des solutions aux problèmes posés par l'harmonisation des régimes d'assurances sociales, en tenant compte

très objectivement des expériences en cours dans la plupart des Pays européens, de leurs avantages et de leurs inconvénients, et en associant officiellement et effectivement les médecins à cette recherche pour l'orientation des décisions. Tous les jours au contact des réalités humaines et des répercussions sur le comportement des malades de tel ou tel aspect des mécanismes de l'assurance sociale dans leurs diverses modalités, les médecins ne peuvent qu'apporter l'enrichissement de leur expérience et peut-être aussi un certain équilibre dans la définition des normes qui doivent régir la nouvelle société européenne.

VIII. Toute cette évolution potentielle enfermée dans ce que l'on appelle l'esprit du Traité, doit en effet aboutir à édifier progressivement une société nouvelle. Le ton en est donné par l'article 2 du Traité : *« La Communauté a pour mission, par l'établissement d'un marché commun et par le rapprochement progressif des politiques économiques des Etats membres, de promouvoir un développement harmonieux des activités économiques dans l'ensemble de la Communauté, une expansion continue et équilibrée, une stabilité accrue, un relèvement accéléré du niveau de vie et des relations plus étroites entre les Etats qu'elle réunit »*. Et nous avons vu que l'article 117 indique que *« les Etats membres conviennent de la nécessité de promouvoir l'amélioration des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre permettant leur égalisation dans le progrès... qu'une telle évolution résultera tant du fonctionnement du Marché Commun, qui favorisera l'harmonisation des systèmes sociaux, que des procédures prévues par le présent Traité et du rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives »*.

Le seul danger réel que portent de telles perspectives est représenté, compte tenu des délais très précis acceptés par les Etats membres en ce qui concerne l'étalement dans le temps des différentes étapes de la réalisation du Traité, par un excès de zèle de certains « technocrates » décidés à la réalisation d'un programme social de type progressiste, plus vite que ce que l'exigent les hommes eux-mêmes sur le territoire de la Communauté Européenne, et cela dans un vide structurel inquiétant. Nous avons mentionné à plusieurs reprises, au cours

de cette étude, l'opposition qui existe entre le maintien rigoureux de tout ce qui constitue l'individualité inaliénable des Etats membres, et un programme communautaire qui doit aboutir, qu'on l'accepte facilement ou par contrainte, à ce que M. Levi-Sandri, membre de la Commission du Marché Commun, appelle « un processus qui conduira à une intégration réelle des structures les plus délicates et les plus intimes des sociétés des six Pays ».

Il ne saurait être question, à notre époque, de contester la valeur de telles perspectives. Que ce soit dans le domaine des relations amicales ou opposées qui relient entre eux les différents groupements d'individus à l'échelle de la planète et que nous ne saurions préciser ici, que ce soit dans celui de la recherche scientifique, de l'expansion économique et du progrès social, l'avenir appartient aux grands ensembles. Accepter le programme du Traité de Rome est donc un devoir pour tous les européens conscients de leurs responsabilités devant l'avenir.

Mais à un tel devoir correspondent des droits. Tout en restant strictement dans le domaine que nous nous sommes proposé d'explorer, nous discernons au moins trois directions vers lesquelles nous devons nous orienter :

— Dans une société qui exige pour ses membres des avantages sociaux importants et une organisation médicale de qualité, il convient de faire jouer dans toute sa souplesse un *système de réciprocité entre les droits et les devoirs*. Cela implique avant tout une information convenable des membres de cette société, afin qu'ils sachent que les avantages qui peuvent leur être accordés auront d'autant plus d'efficacité qu'ils ne seront réclamés qu'à bon escient. Il ne s'agit pas de déifier la collectivité, mais simplement d'éviter des dépenses inutiles, toujours préjudiciables à quelques-uns et qui ne profitent, en définitive, qu'à ceux pour qui l'exigence des droits n'est pas équilibrée par la conscience des devoirs.

— La civilisation technique que connaîtront dans sa plénitude les générations futures risque d'assimiler tout ce qui touche à la santé ou à la maladie des hommes à une quelconque marchandise soumise aux lois économiques du rendement au meilleur prix. Il faut donc empêcher cette altération du respect que la civilisation européenne a su élaborer de l'homme en

tant que personne, il faut éviter que l'homme ne soit à son tour mis en carte. C'est la raison pour laquelle les médecins de l'Europe doivent tout faire pour que la *conception de la liberté dans la signification traditionnelle du mot soit insérée dans l'organisation de la société nouvelle*. Admettre que cette conception s'oppose au progrès social, n'est-ce pas du même coup reconnaître que certaines « dérives » sociales s'opposent à la liberté ? Il ne saurait être question pour les médecins de l'Europe de transiger en ce domaine et d'accepter une dépréciation des « données immédiates » de l'homme au nom des exigences de l'évolution.

— Mais le Traité, nous l'avons noté plusieurs fois, a des échéances précises dans les étapes de sa réalisation. Non seulement il y aura libre circulation des personnes et des biens, mais aucune régulation ne sera possible une fois le mécanisme mis en route. Tout cela va se dérouler dans une perspective communautaire avec des structures nationales. Comment s'étonner alors que devant des projets qui risquent, malgré l'esprit du Traité, de bousculer les normes traditionnelles des conditions d'accès et d'exercice des professions libérales, *les médecins ne soient tentés de rechercher des garanties ?* Et comment ne pas comprendre que de telles garanties ne peuvent être représentées que par des structures européennes véritables. En demandant à chaque professionnel d'opérer — au nom de la nécessité indiscutable des grands ensembles organisés qui doivent succéder à la mosaïque des petits Etats isolés — une mutation fondamentale dans les conditions d'exercice de leur profession, en proposant à chacun d'accepter le jeu de l'interdépendance désormais vitale des diverses sociétés avec libre circulation des personnes et liberté d'établissement, n'a-t-on pas créé par réciprocité une exigence analogue non plus à la base, mais au sommet ? Si les médecins, en tant que professionnels, n'ont pas à intervenir dans ce déterminisme, au moins ont-ils le droit de réclamer tout de même des garanties, en indiquant que leur acceptation des clauses du Traité de Rome ne saurait aller sans la définition de structures européennes capables de donner une trame définitive à la société nouvelle.

C'est en toute raison qu'il apparaît ainsi souhaitable de poursuivre l'étude des modalités du droit d'établissement, d'envisager

la coordination des conditions d'exercice par la définition d'une déontologie communautaire, de rechercher les conditions d'équivalence des diplômes et pour l'avenir une harmonisation de l'enseignement, de tendre à l'insubordination réciproque du Corps médical et des Organismes d'assurances, mais de ne mettre en application ce programme que lorsqu'il aura été accepté par l'ensemble des médecins de l'Europe. En l'absence de structures européennes définitives, la garantie recherchée à de telles perspectives communautaires ne saurait en définitive que reposer sur l'acceptation des individus de la base. Et c'est tout de même cela qu'on appelle la démocratie.

IX. Si les médecins ont le devoir d'être vigilants en ce qui concerne l'interprétation du Traité de Rome dans l'état actuel de l'Europe, ils ne peuvent s'opposer aux raisons profondes qui exigent l'union des vieux Pays européens dans un système cohérent ménageant l'originalité de chacun et mettant en commun les possibilités de l'ensemble. C'est en quelque sorte pour aller au devant des réalisations du Traité dans le domaine médical et préparer l'avenir de ceux « qui dans vingt ans auront vingt ans » qu'a été organisé à Lyon le BUREAU DES EQUIVALENCES.

L'objet essentiel du Bureau des Equivalences consistera :

— à déterminer dans chaque Faculté de Médecine en Europe le mécanisme de la formation scientifique de base, de la formation pratique et de la spécialisation ;

— à préciser, dans chacune de ces Facultés et dans chaque spécialité, quels sont les services susceptibles de recevoir des étudiants et des diplômés venus des Pays signataires du Traité de Rome ;

— à pouvoir orienter vers ces différents services, de préférence tel ou tel étudiant ou diplômé, selon ses capacités et ses aspirations.

Il en résultera la création d'une authentique union de toutes les Facultés Européennes de Médecine, non par une localisation géographique, mais par la mise en commun des services de toutes les Facultés.

X. Le Bureau des Equivalences ne représentera, tout au moins au départ, que l'une des activités du CENTRE D'ETUDE DES PROBLÈMES MÉDICAUX EUROPÉENS.

Créé à Lyon en 1962, le Centre d'Etude est placé sous l'autorité d'un Conseil de Direction présidé par M. le Doyen de la Faculté de Médecine, et qui comprend les éléments représentatifs de toute la profession : Ordre, Syndicats, Associations d'Externes et Internes, Associations d'Etudiants, ainsi que la Direction de la Santé.

La conception du Centre d'Etude est régionale. De ce fait, au fur et à mesure de son extension, il réunira dans son Conseil tous les éléments représentatifs de la profession au niveau d'une région. Cette conception découle de la recherche d'une plus grande facilité dans les contacts, donc pour l'information des problèmes posés et leur discussion. Elle permettra également de transmettre aux organismes du sommet l'opinion d'un certain nombre de médecins de la base préalablement informés d'une manière objective, car, en l'état actuel des choses, ces médecins ne sauraient se sentir engagés par des décisions prises en leur nom sur des problèmes dont ils ignorent les données les plus élémentaires.

Par un tel mécanisme, essentiellement démocratique, se trouvera constitué un système pyramidal réunissant, d'une part, tous les médecins d'une circonscription géographique et administrative (une Région) groupés dans leurs organismes professionnels, d'autre part, les représentants de la profession auprès des pouvoirs publics du sommet (Comité Permanent des Médecins, délégués nationaux auprès de la Commission du Marché Commun, etc...).

Que cette conception entraîne ici ou là quelques surprises, ce n'est pas impossible, car il y aura peut-être autant de difficultés pour faire admettre l'esprit régional qu'il y en a pour faire admettre l'esprit communautaire. L'un et l'autre cependant relèvent aussi d'un système pyramidal, clef de voûte d'une construction européenne raisonnable.

Il faut donc entrer dans le jeu. Il est possible qu'un jour prochain, tous les médecins de l'Europe décident, au nom de préoccupations strictement professionnelles, de s'unir dans une vaste Association. Mais n'est-il pas préférable de voir alors une telle réunion se fonder sur des régions européennes bien

structurées, bien informées, décidées à transposer sur le plan continental l'interpénétration qu'elles auront su d'abord organiser à leur niveau, plutôt que de voir cette Association prendre l'aspect d'un organisme de défense contre des décrets impératifs dont l'éventualité, malheureusement, demeure toujours possible. Il faut que les médecins s'unissent pour faire entendre leur voix d'une manière déterminante et faire connaître, comme toutes les autres catégories de travailleurs, leurs revendications.

AU TERME DE CETTE ÉTUDE, il apparaît que l'axe fondamental de ces revendications sera de défendre une certaine conception de l'homme face aux orientations d'une sociologie trop mathématique, qui se veut adaptée aux impératifs probables du XXI^e siècle.

Cette conception, d'un point de vue strictement médical, repose sur trois données. Tout d'abord la *santé de l'homme*, élément certes essentiel de sa productivité, elle-même facteur de base pour l'expansion économique, mais avant tout, hors des considérations collectives aux exigences desquelles les médecins ne sauraient être asservis, le plus précieux des biens individuels. Ensuite, la *maladie de l'homme*, avec tout son cortège d'angoisses, d'inquiétudes et de confiance en celui qui le soigne dans le respect absolu des réactions particulières. *L'homme social* enfin, menacé par le redoutable phénomène de la massification, livré peu à peu à la dissolution de sa personnalité dans les rouages d'une planification transcendante préoccupée par des objectifs communautaires et lointains.

Certes, l'évolution paraît conduire à une « socialisation » des groupements humains. Mais ces groupements n'ont-ils pas la qualité incomparable, intrinsèquement humaine, de pouvoir orienter leur évolution ? De pouvoir choisir d'être ou de ne pas être, et dans la première éventualité de choisir le mieux-être ? N'apparaît-il pas alors nécessaire d'influencer le phénomène pour que son évolution tende à promouvoir le plein épanouissement de chaque individu et ne soit pas, au contraire, infléchi vers une soumission de chacun aux exigences de la collectivité ? Nous savons où peuvent conduire de telles tendances, lorsqu'elles sont animées par un souci d'« étatisation » politique et idéologique.

Pour les médecins, il importe donc de faire en sorte, à la

faveur de la construction de l'Europe qui porte en de nombreux domaines de grandes espérances, que l'organisation de la vie communautaire demeure au service des individus, dans le respect inconditionnel de leurs droits. Il est plus que jamais nécessaire, quelles que soient les nuances que l'on donne aujourd'hui au mot Liberté, de combattre pour la défense de sa conception traditionnelle, tout en étant hardiment tournés vers l'avenir. L'avenir ne saurait être valablement édifié que par une convergence de libres personnalités, enrichies par leurs apports réciproques, avec des structures sociales suffisamment souples pour être acceptées sans contraintes.

Le Traité de Rome veut édifier en Europe, progressivement, une société nouvelle. Les médecins ont le droit de participer effectivement à son élaboration, car ils ont le devoir de faire respecter dans sa plénitude le principe de Protagoras : l'homme mesure de toutes choses.

Vu :

Le Doyen,

H. HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,

HERMANN.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 27 Avril 1963.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

Traité instituant la Communauté Economique Européenne, signé à Rome le 25 mars 1957 par les représentants de l'Allemagne Fédérale, de la Belgique, de la France, de l'Italie, du Luxembourg, des Pays-Bas.

Conférences de Monsieur J.P. DE CRAYENCOUR, Conseiller de la Commission du Marché Commun, attaché à la Direction du Droit d'Etablissement.

Publications de Monsieur J. MIGNON, Conseiller Juridique du Comité Permanent des Médecins auprès de la Communauté Economique Européenne.

Etudes et vœux du Comité Permanent des Médecins.

Publications du Bureau d'Information des Communautés Européennes.

Publications, Mémoires, Etudes du Service d'Information du Conseil de l'Europe.

Etudes de Monsieur le Docteur Q. LUNETTA sur les problèmes de l'Enseignement en Europe.

Etudes et conférences de Monsieur le Docteur Henri MALLET, Directeur du Centre d'Etude des Problèmes Médicaux Européens.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
<i>Chapitre premier.</i> — Les Incidences du Traité de Rome sur les conditions d'accès et d'exercice des professions médicales. Le Droit d'Etablissement	15
I. La suppression des Restrictions	15
II. La coordination des conditions d'exercice	18
A. L'Equivalence des Diplômes	20
— Notion de « formation globale »	20
— Le problème de l'Enseignement	22
— Le Bureau des Equivalences du CEPME ..	23
— La qualification des spécialistes	25
B. L'Organisation de la Profession à l'échelon européen	26
— Recherche des principes communs aux Déontologies nationales	26
— Définition d'une déontologie communautaire ..	28
<i>Chapitre II.</i> — Conditions actuelles pour l'accès et l'exercice de la profession médicale dans les Pays signataires du Traité de Rome	33
1. L'organisation en Allemagne Fédérale	33
2. L'organisation en Belgique	43
3. L'organisation en Italie	47
4. L'organisation au Luxembourg	57
5. L'organisation aux Pays-Bas	61
6. L'organisation en Grande-Bretagne	67
7. L'organisation en France	74

<i>Chapitre III. — Considérations pratiques sur quelques problèmes posés par le Droit d'Etablissement</i>	79
1. L'importance possible des migrations	80
2. Le contrôle de la moralité du médecin migrant	82
3. Les modalités d'installation du médecin migrant ...	85
<i>Chapitre IV. — Les incidences des différents systèmes d'assurances sociales sur les conditions d'exercice de la médecine</i>	89
1. L'accès à l'exercice de la profession dans le cadre des différents systèmes d'assurance-maladie	91
2. Perspectives tracées par l'harmonisation des divers régimes d'assurances sociales	96
CONCLUSIONS	107
BIBLIOGRAPHIE	119



